UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 91

FACULTÉ DE MÉDECINE

PATHOGÉNIE

DES

PHLEGMONS DE LA MAIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1910

PAR

Lucien SANIÈRE

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 25 août 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — GILIS, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur — SOUBEYRAN, Agrégé — GRYNFELTT, agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PATHOGÉNIE

DES

PHLEGMONS DE LA MAIN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 91

FACULTÉ DE MÉDECINE

PATHOGÉNIE

DES

PHLEGMONS DE LA MAIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Lucien SANIÈRE

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 25 août 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	GILIS, Professeur, *Président.*	
	ESTOR, Professeur	
	SOUBEYRAN, Agrégé	*Assesseurs*
	GRYNFELTT, agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

L. SANIÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES ONCLES ET A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

L. SANIÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON IMBERT

AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

L. SANIÈRE.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE ET DES HOPITAUX
DE MARSEILLE

A MON PREMIER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBALAT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUSIN

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

L. SANIÈRE.

AVANT-PROPOS

Arrivé à ce moment qui clôt la vie de l'étudiant et ouvre la carrière du médecin, c'est pour nous un devoir agréable à remplir d'adresser nos remerciements à ceux qui nous ont dispensé la science médicale.

Que nos maîtres de Marseille veuillent les recevoir comme un témoignage de la gratitude qui leur est due.

Ce témoignage, que MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier, dont nous avons suivi un temps trop court les éminentes leçons, veuillent bien aussi l'agréer.

M. le professeur Léon Imbert a bien voulu nous donner l'inspiration de cette thèse et nous guider de ses précieux conseils. En lui témoignant notre vive reconnaissance, nous lui demanderons de nous pardonner d'avoir su si mal défendre ses théories.

Nous devons des remerciements tout particuliers à M. le professeur Cousin qui nous a si aimablement permis d'entreprendre des études anatomiques sur le sujet que nous traitons.

Que M. le professeur Gilis, qui nous a fait le grand honneur de présider notre jury, nous permette de lui témoigner combien nous avons été touché de la bonté avec laquelle il nous a accueilli.

Que MM. les Membres du jury veuillent bien agréer l'expression des mêmes sentiments et nos remerciements respectueux pour l'honneur qu'ils nous font.

S'il nous est permis de glisser un mot personnel et plus triste, c'eût été pour nous une grande joie vivement partagée si notre père avait pu assister à la consécration de nos études. Nous dédions à sa mémoire notre premier travail.

PATHOGÉNIE

DES

PHLEGMONS DE LA MAIN

INTRODUCTION

Les suppurations de la main et du bras n'ont commencé à être étudiées d'une manière spéciale que par Beauchet, qui développe à ce sujet les idées de son maître Velpeau. Avant lui, Bérard et Boyer, J. Roux et son élève Turrel, avaient dressé une esquisse plus ou moins approfondie des suppurations des membres.

Beauchet admet avec Velpeau trois sortes d'inflammation profonde suppurative : celle des gaînes synoviales, celle du tissu cellulaire et celle des lymphatiques.

Ils ignoraient tous deux l'ubiquité du réseau lymphatique. Pour expliquer la marche du pus, Beauchet faisait intervenir les plis cutanés, de même il s'attachait à établir une séparation entre les lymphangites profondes et le phlegmon.

Les découvertes anatomiques de Sappey, les recherches histologiques de Cornil, Cadiot, Renaut, complétè-

rent nos connaissances sur l'origine, le trajet et l'inflammation des vaisseaux absorbants. Bientôt il fut acquis que le tissu cellulaire s'enflamme par l'intermédiaire du tissu lymphatique.

Chassaignac le montra incidemment; Dolbeau et Chevalet s'attachèrent à en faire la démonstration.

Mais, à l'avant-bras, le problème pathologique se compliquait de la présence des gaînes synoviales et offrait un terrain de discussion; et Gosselin ne voulait voir qu'en elles la voie des suppurations profondes, tandis que Dolbeau et Chevalet le niaient systématiquement.

Polaillon et Le Dentu soutinrent la théorie de Gosselin, bien que le dernier ne rejette pas absolument la démonstration de Dolbeau, et Duplay chercha à concilier les deux théories par un système mixte.

Depuis, avec des alternatives de faveur et de défaveur réciproques, les deux théories ont eu cours en médecine, en tendant vers la conciliation et se faisant des concessions réciproques, et, que l'on admette l'une ou l'autre, on reconnaît qu'aucune des deux n'est applicable dans tous les cas, et qu'il y a des faits incontestables de synovite de propagation cellulaire, aussi bien que lymphangitique.

Mais quel est le mode qui est le plus fréquent? La présence des gaînes synoviales communicantes donne-t-elle aux lésions du pouce et de l'auriculaire la gravité spéciale signalée par Gosselin, ou faut-il toujours craindre également et principalement la propagation par voie lymphatique?

C'est cette dernière opinion qui nous semble la plus proche de la vérité. Nous allons essayer de le montrer.

ANATOMIE

Avant de passer à la discussion, il est nécessaire de rappeler brièvement l'anatomie de la région.

Extérieurement la main offre une face palmaire glabre, recouverte d'une peau fine, semblable à celle de la face palmaire des doigts.

Beauchet insiste sur ces particularités : « Il existe dans l'anatomie topographique des doigts et de la main des points frappants de ressemblance. Ainsi les plis cutanés de la paume de la main et des doigts offrent des adhérences plus intimes entre la peau et l'aponévrose du côté de la face palmaire que du côté de la face dorsale. De ces ressemblances qui existent entre la structure des doigts et de la main résultent des ressemblances curieuses de leur pathologie. »

Il décrit aussi les plis de flexion : « Il existe à la paume de la main d'autres plis tout aussi importants. Ces plis sont au nombre de quatre et représentent par leur disposition à peu près la lettre M. Ils partagent la paume de la main en quatre régions secondaires ou départements. La branche thénarienne de l'M circonscrit la base du pouce. La branche digitale décrit une

courbe d'un centimètre environ au-dessus du deuxième espace interosseux, concave en bas, et finit au tiers inférieur du bord cubital de la main. La branche hypothénarienne limite l'éminence hypothénar. La branche intermédiaire part de la branche thénarienne et coupe la branche hypothénarienne.

Cet auteur attache une très grande importance aux quatre lignes qu'il a décrites. Car, dit-il, le tissu cellulaire est surtout très serré, très dense au niveau des plis cutanés et unit intimement la peau à l'aponévrose.

Chevalet pense que Beauchet donne trop d'importance à l'union de la peau et de l'aponévrose au niveau des plis de flexions. Toutefois, ainsi que le fait observer Chassaignac, le tissu cellulaire est plus dense à la face palmaire et au-dessus du poignet.

La face dorsale se distingue par la laxité du tissu cellulaire et des poils plus ou moins nombreux. Le derme est relié à l'aponévrose sous-jacente par de nombreux tractus conjonctifs emprisonnant des boulettes de graisse qui y est pour ainsi dire sous pression.

Aponévroses

Pour l'anatomie de l'aponévrose primaire nous suivons la description de Juvara et Legueu en l'abrégeant.

L'aponévrose palmaire superficielle se subdivise en trois portions, deux latérales et une moyenne. La médiane est beaucoup plus épaisse, triangulaire avec le sommet en haut et la base en bas. Le sommet s'effile en pointe vers l'extrémité supérieure de l'avant-bras, affec-

tant des relations variables avec le ligament annulaire et le tendon du palmaire : tantôt il se continue sur le tendon du petit palmaire, muscle tenseur de ce ligament.

Si le petit palmaire manque, le sommet s'effile en forme de tendon et va se perdre sur l'aponévrose brachiale.

Ce prolongement effilé peut lui-même ne pas exister et l'aponéorose palmaire se continue avec l'aponévrose antibrachiale sans ligne de démarcation. L'aponévrose s'étale ensuite sur le ligament annulaire antérieur du carpe, de sorte que l'on pourrait décrire à cette aponévrose une portion carpienne et une portion métacarpienne.

Richet dit : « Elle reçoit des fibres nombreuses du ligament annulaire du carpe avec lequel elle se continue d'une manière insensible et sans qu'il soit possible d'assigner à aucun d'eux de limites respectives .»

Ce dernier point est partiellement inexact.

Voici ce qu'ont trouvé Legueu et Juvara :

« Arrivé à la paume de la main, le tendon du petite palmaire donne plusieurs expansions fibreuses : la moyenne se continue avec le ligament aponévrostique de la paume ; en dedans et en dehors il fournit deux autres expansions à la partie supérieure du ligament annulaire. Le faisceau interne s'insère par quelques fibres à la gaîne du grand palmaire ; par d'autres fibres il se continue avec les fibres charnues de l'abducteur et de l'opposant, il va aussi s'insérer sur le crochet du trapèze. Ce n'est qu'au niveau du bord inférieur de l'aponévrose palmaire que l'on voit des fibres tendineuses se détacher de ce bord pour se porter à la face profonde de l'aponévrose et la renforcer.

Ces fibres se groupent en deux faisceaux serrés qui émergent en dedans et en dehors des régions thénar et hypothénar. Le faisceau externe est souvent plus épais et

lamineux. En le soulevant on retrouve des fibres boliques sous l'aponévrose moyenne et se dirigeant vers la languette tendineuse du petit doigt.

L'aponévrose palmaire à proprement parler n'a pas de bords au voisinage des éminences thénar et hypothénar ; des fibres obliques arquées émergent des fibres verticales pour se porter en dedans et en dehors des lames prémusculaires externes. Ces fibres transversales se fondent et diminuent insensiblement.

La base est élargie de toute la distance qui sépare la tête des 2e et 5e métacarpiens. Quatre languettes nées plus haut, d'autant d'épaississement de l'aponévrose palmaire, arrivent ici seules au-devant des tendons où elles se terminent et donnent à cette partie de l'aponévrose un aspect festonné.

Dans la constitution de cette aponévrose palmaire il y a lieu de considérer des fibres transversales, des fibres obliques, des fibres verticales. Les fibres transversales ont une disposition particulière, elles constituent ce que l'on appelle le ligament transverse superficiel ; nous y reviendrons dans un instant.

Les fibres obliques ont été mentionnées plus haut. Les fibres verticales forment un éventail étendu à toute la largeur de l'espace compris entre les éminences thénar et hypothénar. Ces fibres verticales forment un plan continu et sans interruption ; mais, dans ce plan continu, on distingue facilement dès le tiers moyen de l'aponévrose la condensation de ces fibres en quatre faisceaux aplatis en lamelles résistantes et suivant, sur un plan plus superficiel, la direction des tendons fléchisseurs.

Il y a donc dans ce système des fibres verticales deux séries à considérer : les languettes prétendineuses et les autres intertendineuses. Les fibres intertendineuses vont

s'attacher à la face profonde de la partie qui correspond aux espaces interosseux les plus inférieurs et descendent jusqu'au niveau des plis cutanés ; elles unissent la commissure des doigts.

En dehors des fibres les plus externes, celles qui sont situées en dehors des languettes de l'index constituent une lamelle plus élargie qui va jusqu'au repli unissant le pouce à l'index. En dehors de la languette du petit doigt les fibres se perdent à la partie la plus inférieure du bord cubital de la main.

Les languettes prétendineuses, au nombre de quatre, plus denses et plus épaisses que les autres, dessinent fortement leur relief sur la face antérieure de l'aponévrose mise à nu. Chacune présente trois ordres de terminaisons : des fibres allant à la peau des doigts de la main, des fibres allant à l'aponévrose profonde, des fibres perforantes. Leur solidité est telle que dans l'extension des doigts on voit se creuser au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des fossettes allongées dues à la tension des languettes.

C'est en effet à ce niveau, à la hauteur des têtes métacarpiennes, que les languettes associent à la peau leurs fibres les plus denses.

D'autres fibres vont à la peau des doigts.

En suivant de haut en bas une languette prétendineuse, on la voit arriver à la partie inférieure de la peau de la main, se diviser en deux faisceaux qui s'enfoncent vers la profondeur en dedans et en dehors du tendon correspondant.

Ce sont les fibres qui vont à l'aponévrose profonde ; mais on se ferait de ces fibres une idée fausse si l'on ne considérait que la partie inférieure de la languette.

Ce n'est pas seulement au niveau de la tête des méta-

carpiens que les fibres se détachent de la terminaison de la languette, pour se diriger vers l'aponévrose profonde; mais, dès la moitié de la hauteur de la paume de la main, des fibres se détachent obliquement du faisceau principal vertical, pour se loger de haut en bas dans la partie correspondante de l'espace intertendineux.

Prenons comme type le tendon du médius : en avant du tendon se trouve la languette prétendiueuse; de la face profonde de la languette prétendinense se détachent deux lames prétendineuses qu'on voit aux côtés interne et externe du médius, leur forme est celle d'une cloison placée de champ sur les côtés du tendon. En haut la lamelle interne persiste plus loin que l'externe, et il en est de même pour les autres à cause du lombrical. Chaque lamelle a deux expansions dont l'une se porte sur le lombrical, et l'autre sur le tendon. De chaque côté se détachent des fibres arciformes qui s'étagent régulièrement de haut en bas et vont passer sous le tendon ou sous le muscle suivant le côté, pour aller trouver les fibres similaires venant de la cloison voisine.

Chaque gouttière tendineuse ou musculaire est constituée par moitié aux dépens des fibres de deux cloisons différentes; les fibres passant sur le muscle se confondent sous le tendon de l'aponévrose profonde en la renforçant beaucoup. Dans leur ensemble ces cloisons forment de véritables *tunnels* à forme aponévrotique pour le passage des tendons fléchisseurs des muscles et des vaisseaux et nerfs de la main aux doigts.

Un troisième ordre de fibres traverse l'aponévrose profonde pour entourer les articulations métacarpo-phalangiennes d'un cercle complet.

Il se détache du faisceau principal un faisceau oblique, qui, passant entre les deux interosseux, se jette sur le

cylindre périarticulaire de l'articulation voisine. L'espace interosseux est donc divisé en deux ouvertures d'où s'échappent les deux muscles correspondants.

Entre la languette périarticulaire et la capsule fibreuse on trouve toujours un tissu séreux de glissement, souvent une bourse séreuse indépendante de la synoviale articulaire.

LIGAMENT TRANSVERSE SUPERFICIEL

C'est une lamelle haute d'un centimètre et plus, allant du bord interne de la main au bord externe du deuxième métacarpien. Les fibres sont transversales. Il prévient l'écartement des fléchisseurs.

Les plus longues vont du deuxième métacarpien au cinquième. Les fibres courtes vont d'un espace intertendineux à l'autre.

De chaque tendon se détachent des fibres du ligament transverse profond qui vont se continuer au-dessus du tendon correspondant avec les fibres du ligament transverse profond de l'autre côté, formant une intrication assez compliquée.

LIGAMENTS INTERDIGITAUX

Ce sont des tractus fibreux à fibres transverses et obliques, qui continuent dans les replis cutanés interdigitaux

le plan du ligament transverse superficiel : on trouve des fibres à deux insertions cutanées allant de la peau d'un doigt à la peau d'un autre doigt, voisin ou non, des fibres ou insertions osseuses et cutanées.

LIGAMENTS TRANSVERSES PROFONDS OU INTERMÉTACARPIENS

En avant des ligaments interosseux est une lame aponévrotique qui sépare les muscles interosseux de l'arcade palmaire profonde des tendons fléchisseurs.

Son extrémité supérieure adhère fortement à la gouttière carpienne, son extrémité inférieure se renforce pour constituer le ligament transverse du métacarpe.

Le ligament transverse intermétacarpien relie le deuxième au cinquième métacarpien en passant sur la face antérieure des têtes des métacarpiens ; les fibres propres vont s'insérer sur l'extrémité interne et sur les tubercules externes du cinquième métacarpien, sur le tubercule supéro-interne de la première phalange du petit doigt et sur le petit os sésamoïde qui se trouve dans la capsule de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne ; elles s'insèrent à l'index en grande partie sur le sésamoïde et sur le tubercule inférieur du deuxième métacarpien. Par rapport à la capsule articulaire, la face profonde de ce ligament adhère à la partie antérieure de la capsule, il y a même intrication de fibres par rapport aux tendons ; cette expansion est formée par la réunion à ce ligament transverse des fibres courtes du ligament supérieur.

GAINES FIBREUSES PALMAIRES

1° Gaînes tendineuses palmaires et préarticulaires pour les tendons fléchisseurs; 2° Gaînes intertendineuses pour les lombricaux, les vaisseaux et les nerfs.

1° *Gaînes tendineuses.* — Elles sont limitées en avant par la languette verticale prétendineuse, par le ligament transverse superficiel, et dans la région articulaire par les fibres réfléchies autour du tendon et qui viennent du ligament transverse profond.

En dedans et en dehors elles sont limitées par les cloisons qui vont des languettes prétendineuses à l'aponévrose profonde de la main. En arrière elles sont formées par l'aponévrose profonde et par les renforcements que celle-ci reçoit des cloisons intertendineuses. Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne leur paroi postérieure est formée par les fibres épaisses du ligament transverse profond ou intermétacarpien qui la sépare des têtes articulaires. L'orifice supérieur est limité par les bords supérieurs des cloisons. L'orifice inférieur se continue sans ligne de démarcation évidente avec les gaînes digitales.

2° *Gaînes intertendineuses.* — Entre les gaînes tendineuses destinées à contenir les tendons se trouvent limités les passages pour les lombricaux, les vaisseaux et les nerfs que l'on peut aussi constituer à l'état de gaîne. Ces gaînes sont au nombre de quatre dans les espaces interosseux, elles sont formées en avant par les fibres verti-

cales intertendineuses, les fibres communes du ligament transverse superficiel ; en arrière par l'aponévrose profonde renforcée par la réflexion des cloisons et plus loin par la portion interosseuse du ligament transverse profond, en dedans et en dehors par l'espace correspondant des cloisons péritendineuses. Les ouvertures supérieures correspondent au point où le lombrical quitte le tendon sur lequel il s'insère ; cet orifice regarde en haut et en dedans sur le bord externe du tendon correspondant au lombrical. En bas les gaînes intertendineuses finissent au niveau de l'espace qui sépare les articulations métacarpo-phalangiennes ; leur orifice de sortie est formé en arrière par le bord inférieur du ligament transverse profond sur lequel se réfléchit le tendon du lombrical et qui sépare ce dernier des tendons interosseux; en avant par le bord inférieur du ligament transverse profond, et de chaque côté par l'extrémité la plus inférieure des tendons.

Il existe souvent une mince lamelle séparant le muscle et les vaisseaux.

Grapow pense qu'en outre de leur rôle syndesmologique ces aponévroses aident, avec la contraction des muscles, à favoriser par les pressions exercées la circulation qui est très difficile dans les parties périphériques de la main.

Gaînes synoviales

Les gaînes synoviales des tendons fléchisseurs des doigts n'ont guère commencé à être remarquées que vers le commencement du siècle passé.

Sabatier et Boyer parlent d'un tissu cellulaire filamenteux.

Fourcroy décrit une membrane capsulaire commune, englobant tous les tendons et renfermant cinq autres gaînes de tissu séreux pour chaque fléchisseur. Il a donné un nom à chaque bourse : flexoria, externa, media interna, superior, inferior.

Bichat décrit une seule synoviale.

Meckel reconnaît une gaîne spéciale au pouce.

Cruveilhier les incise et en donne une assez bonne description.

Maslieurat-Lagémard, qui fut le premier à en donner une bonne description, employa l'insufflation, et depuis ce procédé a été le plus usité pour cette étude avec les injections colorées, préconisées par Dumont. Les gaînes sont très variables dans leur forme. Voici la disposition considérée comme normale par les auteurs classiques. Les fléchisseurs de chaque doigt entourent les tendons avec feuillet viscéral et feuillet pariétal que tapisse le canal ostéo-fibreux.

Les synoviales des trois doigts médians ne dépassent pas la partie supérieure de la première phalange.

Les synoviales du pouce et de l'auriculaire se prolongent dans la région palmaire.

La synoviale du pouce envagine le long fléchisseur propre du pouce, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du ligament annulaire du carpe, entourant le tendon d'une gaîne complète et jetant un méso-tendon sur le côté interne du tendon : c'est la gaîne synoviale carpienne externe, la gaîne radiale de certains auteurs.

La gaîne synoviale du petit doigt s'élargit dans la région palmaire et englobe les autres tendons, à qui elle

sert de synoviales, pour remonter au-dessus du poignet, un peu au-dessus de l'externe.

Cette synoviale est rétrécie, passe sous le ligament annulaire en formant sablier ; à la région palmaire elle donne des replis, forme une loge prétendineuse au devant des fléchisseurs superficiels, nne loge intertendineuse moins développée et une loge rétrotendineuse qui est la plus étendue derrière les fléchisseurs profonds. Sur une coupe, on pourrait comparer la synoviale à un ε grec.

Si les tendons du petit doigt et de l'annulaire sont immédiatement accolés à la gaîne synoviale, ceux de l'index et du médius n'ont en général que des rapports médiats avec la gaîne synoviale carpienne. Communiquant parfois à plusieurs canaux avec le prolongement du petit doigt, on trouve le plus souvent un détroit de 1 ou 2 centimètres, qui laisse à découvert en avant le tendon superficiel, et quand la gaîne est injectée elle paraissait à première vue indépendante, si l'on ne voyait passer l'injection dans la grande gaîne.

A côté de ces dispositions, on peut observer un grand nombre de variétés.

Le petit doigt peut communiquer largement avec la gaîne carpienne interne.

Les gaînes interne et externe communiquent plus ou moins largement.

On trouve une gaîne accessoire médiane toujours située en avant des autres.

La gaîne du petit doigt est indépendante de la grande gaîne carpienne. La gaîne du pouce émet un prolongement pour le tendon de l'index (Dumont).

Schwartz, sur 80 mains d'enfants et sur 40 mains d'hommes adultes, a trouvé les résultats suivants :

		Enfants	Adultes
Disposition normale		66	16
Indépendance de la gaîne du petit doigt et de la grande gaîne	à droite	4	2
	à gauche	4	2
Disposition en fer à cheval à droite			3
Disposition en fer à cheval à gauche			2
Gaîne accessoire à droite		4	11
Gaîne accessoire à gauche		2	4

Il considère l'indépendance des gaînes du petit doigt et carpienne interne de même que l'existence d'une gaîne surnuméraire comme seules congénitales.

La disposition en fer à cheval qui se voit surtout chez les manouvriers serait toujours acquise.

Dumont donne comme proportion :

Indépendance de la gaîne de l'auriculaire et du carpe	6	sur	10
Gaîne unique commune	3	sur	20

Il a rencontré une fois la gaîne médiane supplémentaire. Lui aussi considère la réunion des gaînes externes comme une disposition acquise.

D'ailleurs tout ce tissu cellulaire qui entre dans les tendons a une tendance à se disperser en fines lamelles transparentes qui ne se distinguent guère des gaînes proprement dites que par leur régularité, leur non-fermeture complète et surtout les tractus fibreux qui les réunissent entre-elles.

Vaisseaux lymphatiques

La disposition de la cavité palmaire superficielle et profonde des artères digitales est trop connue pour que nous insistions.

Les veines superficielles présentent ceci de remarquable que leur calibre ne varie guère de l'extrémité des doigts à la racine de la main ; elles forment un réseau anastomosé communiquant avec les artères ordinaires par des capillaires très gros, visibles à l'œil nu, véritable communication en plein canal.

Les lymphatiques ont été décrits par Sappey ; depuis on n'a rien ajouté de nouveau à la description qu'il en a donnée.

Schwartz eut l'idée de rechercher les lymphatiques des gaînes synoviales, mais il avoue que ses résultats furent toujours nuls.

Les vaisseaux lymphatiques naissent par un réseau d'une extrême richesse sur la face palmaire des doigts ; entre les mailles de ce réseau il en existe un autre capillaire que Sappey a décelé grâce à des injections de microbes ; ces réseaux se collectent en deux ou trois troncs sur la face latérale des doigts : lorsqu'il y a deux troncs seulement, l'un se porte verticalement en haut sur la face latérale le long de l'artère collatérale dans l'espace interdigital.

Arrivé au niveau des téguments compris dans l'espace interdigital, il s'incline en arrière pour gagner la face dorsale du métacarpe sur laquelle il s'anastomose et

monte sur la face postérieure de l'avant-bras, se partageant alors en deux groupes qui accompagnent, l'un la veine radiale, l'autre la veine cubitale, puis se réunissent après s'être contournés d'arrière en avant, à un troisième faisceau parallèle à la veine médiane ; ce troisième faisceau prend naissance dans les téguments de la paume de la main par un réseau d'une extrême richesse.

De la partie centrale du même réseau part un tronc volumineux qui se dirige en dehors, et de sa partie périphérique un grand nombre de troncules qui se divisent en inférieurs internes, externes et supérieurs. Le tronc lymphatique central naît par plusieurs grosses branches qui traversent les téguments de la paume de la main ainsi que l'aponévrose palmaire moyenne, qui convergent ensuite de dedans en dehors en cheminant entre l'aponévrose et les tendons fléchisseurs des doigts.

Parvenues au sommet de l'adducteur du pouce, ces racines se réunissent et constituent alors un gros tronc qui longe le bord externe de la main et qui monte sur la face dorsale du premier espace interosseux ; elles s'anastomosent avec les lymphatiques du pouce et de l'index en suivant un trajet ascendant.

Les troncules inférieurs, au nombre de trois ou quatre, descendent dans les espaces interdigitaux, puis se réfléchissent pour monter sur la face dorsale du métacarpe où ils s'unissent aux lymphatiques des doigts ; les troncules internes, au nombre de huit ou dix, se portent en haut et en arrière, contournent le bord cubital de la main, puis se jettent dans les troncs les plus rapprochés du plexus de la face dorsale ; les troncules externes montent obliquement sur l'éminence thénar pour se terminer dans les lymphatiques du pouce ; les troncules supérieurs, au nombre de trois ou quatre, montent verticale-

ment sur la face antérieure de l'avant-bras et accompagnent la veine médiane, en passant de la main sur l'avant-bras.

Les lymphatiques forment donc trois groupes principaux : un groupe antérieur, un groupe externe et un groupe interne. Le groupe interne croise obliquement le bord cubital de l'avant-bras, passe au devant de l'épitrochlée et rencontre le plus habituellement à deux ou trois centimètres de cette saillie osseuse un ganglion dans lequel se jette un ou plusieurs des vaisseaux qui le composent.

Ce ganglion sus-épitrochléen, qui peut être double et même triple, n'est pas constant dans son existence ; il se tuméfie fréquemment à la suite de piqûres qui affectent les trois derniers doigts. Les vaisseaux efférents placés à l'origine sous le tronc de la veine basilique montent avec elle jusqu'à la partie moyenne du bras et traversent l'aponévrose brachiale pour se joindre aux absorbants profonds.

Parmi les vaisseaux lymphatiques du groupe externe, les lymphatiques superficiels du membre thoracique sont en général étalés sur les veines dont ils recouvrent les troncs, de même que la radicule primitive recouvre à la superficie de la peau les capillaires veineux.

Les lymphatiques profonds suivent le trajet du vaisseau sanguin. Chaque artère est accompagnée de deux troncs lymphatiques.

On peut les diviser en radiaux, cubitaux, interosseux postérieurs, interosseux antérieurs et huméraux.

Les troncs satellites de l'artère radiale émanent des parties profondes de la paume de la main, très probablement des muscles de cette région et du tissu cellulaire.

Quelle que soit leur véritable origine, les deux troncs satellites de l'artère radiale suivent d'abord un trajet différent : l'un accompagne l'arcade palmaire profonde, contourne la tête du premier métacarpien pour se porter sur le côté externe du carpe et arrive à l'avant-bras où il se place sur le côté externe de l'artère radiale ; l'autre, dont l'origine est moins profonde, suit le trajet de l'artère radio-palmaire et gagne ainsi l'avant-bras où il se place sur le côté interne de la radiale. Tous deux montent au pli du coude en s'anastomosant ; dans leur trajet antéro-cubital ils traversent un ou deux petits ganglions dont l'existence n'est pas constante.

Les vaisseaux satellites de l'artère cubitale naissent par trois racines : la première parallèle à l'arcade palmaire superficielle, la seconde parallèle à la branche palmaire profonde de l'artère, la troisième parallèle à la branche dorsale ; de leur réunion résultent ordinairement deux troncs qui suivent exactement la direction des vaisseaux sanguins ; ils arrivent au pli du coude après avoir traversé parfois un ou deux ganglions de petit volume.

Les vaisseaux satellites de l'interosseux postérieur et de l'interosseux antérieur viennent se joindre, vers la partie supérieure de l'avant-bras, à ceux des artères radiales et cubitales, afin de concourir à la formation des troncs qui accompagnent l'artère brachiale.

Les gaînes synoviales ont-elles des lymphatiques ?

Voici ce que répond Sappey pour les gaînes synoviales en général : « Pour l'Ecole allemande, non seulement elles en possèdent mais encore ceux-ci s'ouvrirent dans leur cavité par des orifices ou stomates.

Consultons les faits : et d'abord constatons que si les séreuses présentent des vaisseaux de cette nature elles doivent en présenter sur toute l'étendue de leur trajet, sur

leur feuillet pariétal comme sur leur feuillet viscéral, sur les points où elles s'isolent en s'adossant à elles-mêmes comme sur ceux où elles adhèrent aux tissus sous-jacents.

En est-il ainsi ?Non, sous les points où elles s'isolent des parties sous-jacentes on ne trouve aucun tronc. Sur la presque totalité de leur feuillet pariétal on n'en rencontre également nul vestige. J'ajoute, pour donner aux faits toute leur précision, que dans les régions où le feuillet pariétal n'adhère aux parties qu'il recouvre que par un tissu lâche, ce feuillet en est absolument dépourvu, et que, sur celles où il leur adhère d'une manière intime, il présente parfois quelques ramuscules lymphatiques.

« Le feuillet viscéral des séreuses présente des vaisseaux lymphatiques sur tous les points où il adhère à des organes qui en possèdent ; il n'en présente aucun sur le point où il répond à des organes qui en sont dépourvus. »

Du reste, pour acquérir la certitude que les réseaux des séreuses viscérales appartiennent aux parties sous-jacentes, ce n'est pas aux injections mercurielles qu'il convient de s'adresser. Il faut soumettre ces organes à des coupes verticales. Sur ces coupes vues à un grossissement de deux cents diamètres, on constate avec une parfaite netteté que les réseaux n'affectent réellement aucun support avec les séreuses. L'examen microscopique fait dans ces conditions ne laisse aucun doute sur leur siège véritable ; E. Sappey conclut :

« Les membranes séreuses ne présentent pas de vaisseaux lymphatiques ; les vaisseaux qui semblent situés dans leur épaisseur viennent des parties sous-jacentes et appartiennent à celles-ci. Ces vaisseaux sur aucun point ne s'ouvrent dans leur cavité. Ce qui est vrai pour les

séreuses l'est également pour les membranes et les gaînes synoviales. »

Celles-ci, dit Mathias Duval, ont des dispositions et une structure en tout semblables à celle des séreuses. Ces gaînes sont de véritables sacs sans ouverture formés d'un feuillet pariétal qui tapisse le conduit ostéo-fibreux, donnant passage aux tendons, et d'un feuillet viscéral qui tapisse le tendon lui-même, et ces deux feuillets sont en continuité : l'un unit l'autre par un mésotendon comparable à un mésentère et à un épiploon.

Ces mésotendons sont minces, souvent incomplets, ordinairement perforés, réduits à de simples tractus.

Ces feuillets et mésotendons sont formés par les mêmes éléments que les séreuses splanchniques : simple trame de tissu conjonctif dans le feuillet pariétal, très mince et réduite à une couche de cellules plates de tissu conjonctif dans le feuillet viscéral revêtu de cellule plates en étoiles. Depuis la célèbre expérience de Recklinghausen, beaucoup d'auteurs admettaient qu'il existait des stomates et des puits lymphatiques au niveau des séreuses.

Ranvier, tout en admettant les stomates, pense qu'il n'est pas nécessaire d'admettre des stomates permanents les corpuscules passeraient au niveau des cellules de ces puits lymphatiques par amiboïsme des cellules.

Mais Hermann et Tourneux concluent de leur étude que ces puits ne sont que des rénovations de l'épithélium péritonéal : ces amas de cellules ne sont que des nids d'éléments épithélio-jeunes destinés à remplacer dans les régions qui les entourent les lamelles endothéliales enlevées par la desquamation.

GÉNÉRALITÉS

Avant d'entrer en discussion, qu'on nous permette de dire dans quel sens s'entend le mot phlegmon de la main.

Chassaignac définit le phlegmon : l'inflammation du tissu cellulaire libre ; et Mathias Duval : du tissu cellulaire ne faisant pas partie d'un organe. Et ce dernier fait remarquer que l'inflammation des gaînes synoviales devrait être appelée synovite, comme l'inflammation du périoste une périostite, l'inflammation des tendons une ténosite, etc.; mais l'habitude a prévalu d'appeler phlegmon toute inflammation de la main à laquelle participent les gaînes synoviales, pourvu que le tissu cellulaire soit le principal atteint. Nous nous conformerons à cet usage.

Comme pour les panaris, les phlegmons peuvent être ou superficiels ou profonds ; la présence de l'aponévrose palmaire superficielle sépare nettement les phlegmons sus ou sous-aponévrotiques dans leurs symptômes et leur marche aussi bien que dans leur anatomie.

Le phlegmon superficiel est érythémateux, phlycténoïde ou ampullaire (durillon forcé), anthracoïde : ce dernier est désigné par Chassaignac sous le nom de

durillon froissé sphacélique. Ces lésions ne sont que peu intéressantes, pour nous elles n'offrent pas de difficultés pathogéniques.

Le phlegmon sous-cutané peut assez souvent éclater d'emblée ou faire suite à une lésion superficielle de la main ou des doigts. Le pus qui s'accumule, limité en arrière par l'aponévrose, peut perforer le derme et décoller l'épiderme en créant l'abcès en bouton de chemise de Velpeau.

Le phlegmon profond ou sous-aponévrotique se distingue du phlegmon sous-cutané par des symptômes caractéristiques : ils découlent de la disposition anatomique de la région.

Quant le phlegmon est situé au-dessus de l'aponévrose, le malade éprouve des douleurs vives sans doute, mais localisées à la paume ; les doigts pourront être mis en mouvement sans augmentation notable de la douleur, le dos de la main est intact.

Le phlegmon sous-aponévrotique se fait remarquer par une douleur extrême causée par la compression des nerfs et la résistance de l'aponévrose palmaire superficielle. Celle-ci étant plus forte que l'aponévrose profonde, simple toile celluleuse, l'inflammation tendra à gagner le dos de la main à travers les espaces interosseux, le pus fusera plus facilement vers l'avant-bras ; le tissu cellulaire graisseux sous-cutané communique très difficilement avec celui du poignet, celui qui remplit le canal carpien forme au contraire une couche continue avec la couche profonde de l'avant-bras.

ETIOLOGIE

Les phlegmons de la main peuvent être indépendants de tout panaris, avoir pour origine une lésion dans la main même ; ce ne sont pas ceux-là qui nous intéressent, et il faut attribuer sans doute à la facilité avec laquelle on trouve leur origine le petit nombre d'observations qu'on en a écrites.

Les causes étiologiques sont les mêmes pour les phlegmons de la main et les panaris.

Ce sont en général de légers traumatismes, entr'ouvrant à peine l'épiderme, tels que les écorchures, éraillures, piqûres, blessures par éclat de bois, de verre, de métal, fer, cuivre, épines, herbes coupantes, les envies qui siègent sur les ongles, la phlycténose récidivante des extrémités, les plaies par usure, les arêtes de poissons, qui, en plus de l'action d'un corps piquant ordinaire, peuvent se compliquer de l'action venimeuse des substances qu'elles contiennent.

Plus graves sont les plaies par écrasement. Les contusions violentes, la présence d'un corps étranger dans la plaie, des substances septiques introduites par une plaie, mettent au maximum les chances d'infection ; ainsi en est-

il des plaies anatomiques, et parfois l'illustration de ceux qui en furent les victimes en ont fait garder le souvenir (Corvisart, Blandin, Peyrot, etc.).

Toutes les plaies que nous venons d'énumérer ne donnent pas toujours lieu à une infection. Cela dépend de la virulence des microbes introduits, de la gravité des lésions, et peut-être aussi d'une certaine prédisposition individuelle.

Cette influence a été niée par plusieurs auteurs, qui affirment que le défaut d'hygiène, le manque de soins, de propreté, sont les seules causes à considérer. Et, si l'on regarde quelles sont les victimes les plus ordinaires des phlegmons de la main, on trouve surtout des ouvriers, des gens faisant un travail manuel un peu rude ou actif, exposés constamment à se blesser, touchant des corps irritants ou sales, et lavant rarement leurs mains calleuses.

Comme le fait remarquer Dolbeau, quand on cherche l'origine d'un phlegmon de la main, on trouve très souvent une piqûre *négligée* qui, huit jours, trois semaines après, a donné lieu aux accidents dont souffre le malade. Il semble qu'il faut comme une période d'incubation nécessaire aux microbes introduits sous l'épiderme pour pouvoir créer des phlegmasies suppurantes.

Ce sont ces causes secondaires qui expliquent le nombre de professions telles que forgeron, serrurier, menuisier, jardinier, boucher, garçon d'amphithéâtre, etc., et chez les femmes de brunisseuse, blanchisseuse, lingère, que l'on trouve dans les observations ; d'autant plus que ceux qui pratiquent les professions moins exposées, telles que commis, employé de bureau, sont moins fréquemment soignés à l'hôpital.

La fréquence des phegmons varie nanifestement avec l'âge ; ainsi nous en avons relevé :

de 1 à 10 ans	1	observation
de 10 à 20 ans	22	—
de 20 à 30 ans	52	—
de 30 à 40 ans	28	—
de 40 à 50 ans	23	—
de 50 à 60 ans	21	—
de 60 à 70 ans	7	—
de 70 à 80 ans	1	—

plus un homme de 92 ans.

C'est donc à l'âge moyen qu'ils sont le plus fréquents ; de 20 à 25 ans seulement on en trouve 34 contre 18 de 25 à 30 ans, 20 de 30 à 35 ans et 20 de 15 à 20 ans.

Leur fréquence chez les hommes et à la main droite est trop connue pour que nous insistions.

Les causes générales peuvent intervenir et s'ajouter aux causes locales pour favoriser l'infection ; la fatigue, le surmenage et surtout l'alcoolisme et le diabète ont une influence aggravante manifeste. Le diabète surtout peut faire du phlegmon de la main une maladie foudroyante, emportant un malade en 36 heures. Les phlegmons peuvent-ils survenir d'une manière épidémique ? Quelques médecins, des médecins militaires surtout, l'ont pensé et ont cité leur fréquence insolite pendant une saison, une année.

Ainsi, un médecin-major signale un nombre remarquable de phlegmons du membre supérieur, survenus durant deux étés consécutifs dans un régiment cantonné en pays basque.

En Algérie, durant l'année 1853, du premier janvier

au premier décembre, Scrive a constaté, sur un effectif de 4.000 à 4.500 hommes, 250 cas de phlegmasies du membre supérieur (180 panaris et 70 phlegmons).

Savareni signale également leur fréquence en Egypte.

Borelli signale dans la *Gazetta Medica Italiana*, une épidémie de phlegmons qu'il a observée durant l'été de 1873; ils avaient une symptomatologie spéciale, débutant par des phénomènes généraux, sensation de courbature, frisson, chaleur, céphalalgie, puis douleur et gonflement à la main qui se résolvait en phlegmon. Son traducteur lyonnais ajoute qu'une épidémie analogue a été observé à Lyon, l'hiver de la même année.

Mais peut-être, dans quelques-uns des exemples cités plus haut, la principale cause de fréquence doit être attribuée aux circonstances ordinaires se réunissant pour simuler une épidémie, comme c'est le cas pour les pêcheurs de Terre-Neuve, pour qui la nécessité de plonger la main dans la gueule des poissons pour retirer l'hameçon chargé d'appâts en putréfaction offre une explication suffisante de leur abondance.

BACTÉRIOLOGIE

On trouve dans le pus les microbes ordinaires de la suppuration, le staphylocoque blanc ou doré, le streptocoque.

Plus curieux sont les cas où il s'agit de microbes qui ont ordinairement une action spécifique différente. Il s'agit de cas de contagion blennorragique et de panaris ou phlegmon dus au gonocoque. Nous avons noté deux observations où le bacille de Lœffler avait donné lieu à des panaris ordinaires véritables, avec contrôle du microscope.

Dubois Saint-Sevrin a signalé également un panaris causé « par un anaérobie associé au microbe rouge de la sardine ».

PATHOGÉNIE

Les phlegmons de la main peuvent provenir d'une lésion siégeant au dos ou à la paume de la main même. Ampoules forcées, piqûres de la main, peuvent donner lieu à des abcès qui évoluent pour leur propre compte. Nous ne parlerons que des cas qui proviennent d'une infection dont l'origine est extérieure à la main.

Ce qui nous intéresse, ce sont les abcès palmaires venus à la suite de panaris ou de lésions du tégument des doigts, les plegmons palmaires dont l'origine infectieuse se trouve dans les doigts, principalement dans les doigts extrêmes.

Un certain nombre de chirurgiens, et principalement Gosselin, ont soutenu que le pus fusait à travers les gaînes pour produire des abcès palmaires et qu'il fallait voir dans cette disposition la cause de la presque généralité des phlegmons de la main. Cette pathogénie a l'avantage d'être simple et claire, d'offrir à la marche de l'inflammation une explication très obvie. « C'est là un mérite incontestable. Mais répond-elle à la réalité des faits ? On ne saurait, je crois, l'affirmer. Il est bien évident que je ne nie pas les phlegmons des gaînes : je con-

teste seulement sa fréquence et je pense que le panaris se communique à la paume de la main par une autre voie. » (L. Imbert.)

A la thèse de Gosselin généralement adoptée, Dolbeau, dans le *Bulletin thérapeutique* du 29 février 1872 et dans la thèse de Chevalet, opposa la théorie de l'infection par les lymphatiques.

« La plupart des chirurgiens, écrit Dolbeau, ont admis que les abcès profonds de l'avant-bras avaient pour origine la suppuration des gaînes digitales et l'envahissement du pus qui remonterait des gaînes tendineuses jusque dans les gaînes musculaires.

» Tous les jours en clinique on peut constater le fait suivant : En comprimant le trajet d'une gaîne musculaire de l'avant-bras on fait refluer le pus, qui s'échappe par une incision de la gaîne digitale correspondante.

» Les choses peuvent certainement se passer ainsi que je viens de le dire, le pus peut refluer le long du tendon jusqu'à la partie charnue du muscle ; mais nous croyons que cette interprétation des suppurations profondes de l'avant-bras est le plus souvent inexacte. » L'erreur vient, dit-il, de ce que les phlegmons sont méconnus à leur début. Lorsque le chirurgien incise l'abcès, le pus occupe une ou plusieurs loges musculaires et peut refluer de la main à l'avant-bras, et réciproquement.

« Dans ces conditions on n'hésite plus à conclure que le phlegmon brachial n'est que le résultat de la propagation de bas en haut du phlegmon suppuré des gaînes digitales.

» Voici ce que j'ai plusieurs fois observé : un individu reçoit une blessure qui intéresse la base d'un doigt, tout se passe d'abord bien, puis surviennent des accidents généraux, des douleurs, et finalement on ouvre un abcès

intramusculaire placé à la partie supérieure de l'avant-bras.

» Seulement l'abcès, au lieu d'être la conséquence d'une synovite tendineuse digitale suppurée, est au contraire un abcès bien limité, bien isolé de la main et du poignet par une distance notable.

» Cependant la gaîne musculaire est le siège de la maladie, le pus en occupe l'épaisseur, et le doigt correspondant, figé qu'il est dans la flexion, montre que le muscle fléchisseur et sa gaîne ne sont point indemnes.

» Ce que je viens de dire n'est que le résultat de mes observations personnelles dans lesquelles j'ai ouvert des abcès bien limités dans la profondeur de l'avant-bras, abcès qui étaient consécutifs à des blessures enflammées de la main et des doigts.

» *Les abcès profonds de l'avant-bras sont des angioleucites profondes suppurées* ».

Ces accidents fréquemment s'arrêtent à l'angioleucite sans aller jusqu'à la suppuration.

Le rôle des lymphatiques comme absorbants du pus dans les infections est connu depuis longtemps, et l'on sait maintenant plus nettement le rôle qu'il joue dans les accidents inflamatoires. Chargées de fournir les moyens de défense de l'organisme contre l'invasion microbienne, les cellules lymphatiques englobent les microbes et les véhiculent avec elles dans les vaisseaux, et l'on sait que pour avoir été absorbés les microbes ne sont pas détruits. Les cellules lymphatiques peuvent succomber dans la lutte ; si ces cellules chargées de microbes s'arrêtent en un point et s'y accumulent, il va se créer là un foyer d'abcès.

On comprend donc que, transportés, les germes se disséminent de leurs foyers d'origine le long des voies

vectrices et deviennent une cause de suppuration nouvelle.

La virulence des infections varie suivant des circonstances mal déterminées. Il se crée des abcès à diverses hauteurs dans le trajet des lymphatiques.

Ainsi les germes infectieux introduits dans l'organisme par une piqûre anatomique vont vite et loin, les ganglions axillaires en pâtissent tout de suite.

A-t-elle un caractère moins virulent, ce ne sont plus que des phlegmons du bras, de l'avant-bras ou de simples panaris, et encore si la blessure a été aseptisée et traitée à temps, ou si les germes introduits manquent de vitalité, ce n'est qu'une simple écorchure qui se referme sans incident.

En lisant les observations des panaris qui ont été suivis de phlegmons du membre supérieur, on remarque, — et Dolbeau relève déjà ce fait, — qu'ils font suite à de petites plaies paraissant insignifiantes et qui ont été négligées.

Les malades sont en général des ouvriers, qui ne s'arrêtent pas pour une aussi légère blessure et un peu de douleur, jusqu'à ce que la tuméfaction, la douleur, devenant telle que tout travail est impossible, force leur est de s'arrêter et d'entrer à l'hôpital pour se soigner.

Cela montre que, faute de soins opportuns, la violence de l'infection s'est accrue, et sous l'influence des irritations, des infections consécutives, on voit apparaître de la fièvre, de l'agitation, de la douleur et parfois des vomissements, bref les symptômes par lesquels s'annoncent l'installation d'un phlegmon de l'avant-bras.

Ce début brusque ressemble au début d'une angioleucite, mais cela ne concorde pas avec un phlegmon dont le pus fuse progressivement à travers les gaînes.

L'indépendance des abcès, leur éloignement de la main et du point d'origine montrent qu'il ne peut être question d'une propagation par les gaînes synoviales.

Observation I

(Chassaignac)

Gérard, 40 ans, domestique, se fait au médius une écorchure qui a été le point de départ d'une angioleucite que l'on peut suivre jusqu'à la partie moyenne du bras ; le ganglion épitrochléen n'est ni engorgé ni douloureux, ceux de l'aisselle sont également intacts. Mais il existe à la partie interne des biceps, à deux travers de doigt environ au-dessus du pli de l'aisselle, un abcès suppuré.

Ce sont en général les blessures négligées qui donnent lieu à ces accidents. De plus, le phlegmon de l'avant-bras occupe une situation qui est toujours la même, surtout si on envisage ces collections quand elles sont isolées, avant que le pus n'ait fusé dans toutes les directions.

Les abcès de l'avant-bras n'occupent guère que la partie antérieure du membre, ils siègent soit à la partie supérieure, soit à la partie inférieure ; en bas ces collections sont situées latéralement, soit sur la partie interne, soit sur la partie externe de l'avant-bras, en avant du carré pronateur ; en haut ces collections se rencontrent sur la partie médiane.

Secondairement, il est vrai, le pus peut envahir les synoviales et simuler un abcès des gaînes, ainsi qu'on en voit un exemple dans l'observation suivante :

Observation II

(Altemaire et de Bovis)

Phlegmon angioleucitique de l'avant-bras. — Invasion secondaire des gaînes

R. Eugène, 22 ans, cuirassier, 5 mois de service.

17 avril. — Le matin même a eu le pouce droit broyé en attachant un cheval qui « tirait au renard ». La deuxième phalange ne tient plus que par un lambeau, l'articulation des première et deuxième phalanges est ouverte. On fait un traitement conservateur.

21 avril. — Le malade, jusque-là apyrétique, est pris de fièvre sans frissons, avec douleurs vives dans l'avant-bras. On constate un empâtement profond de la région radiale au tiers inférieur et à la face antérieure de l'avant-bras. Pas de fluctuation, l'éminence thénar, la paume de la main sont normales et d'une indolence absolue. La deuxième phalange du pouce est gangrenée. Incision radiale au-dessous du bord interne du grand palmaire, en avant du carré pronateur ; la sonde cannelée fait sourdre du tissu cellulaire quelques gouttes de pus ; le foyer est peu étendu et sans aucune communication avec les gaînes voisines.

Du 21 au 26, la température est assez élevée.

Le 26, la deuxième phalange du pouce, complètement sphacélée, est enlevée.

Le 27, pour la première fois, le malade accuse quelques douleurs dans l'éminence thénar ; celle-ci est toujours souple et ne forme qu'une tuméfaction légère, le foyer radial suppure abondamment, mais il est toujours peu étendu et sans diverticule.

Le 28, rash phéniqué, bains boriqués.

Le 29, la pression de l'éminence thénar fait sortir une grande quantité de pus par le moignon et la plaie radiale. Un stylet peut aller de l'une à l'autre en passant sous le ligament radio-carpien. A partir de ce moment évolue un phlegmon des gaînes typiques.

Après 13 jours de fièvre, six incisions nouvelles, la température redevient normale ; on note seulement de temps à autre de petites ascensions consécutives, soit au passage des drains, soit après les pansements.

Sortie de l'hôpital, vers le milieu de juillet. La cicatrisation est complète, mais la main formait une sorte de griffe atrophiée et absolument fixe, le pouce était en opposition forcée, la paume s'était ratatinée et les doigts ne pouvaient plus s'étendre, même passivement. Sortie par réforme.

Observation III

In Thèse Chevalet, obs. XXXVI

Phlegmon angioleucitique à la suite d'une plaie du pouce

A... Emmanuel, imprimeur, 44 ans, tombe en état d'ivresse et se fait une luxation de la dernière phalange

du pouce avec plaie articulaire : le tendon du long fléchisseur du pouce est rejeté sur la partie externe.

Frissons, fièvre et douleur au pouce. Bientôt se manifeste à l'avant-bras une angioleucite des troncs superficiels, puis de la fluctuation. Dolbeau indique qu'il doit y avoir du pus à la radiale, et une incision est faite sur le tronc même ; il sort un peu de pus, mais le malade est indocile, l'inflammation gagne la région hypothénar et le dos de la main.

Observation IV

H. M., boucher, se fait une plaie profonde au petit doigt avec une épine de rosier ; il continue son métier, le petit doigt enfle, devient douloureux ; ensuite la main enfle ; aucun des doigts, à l'exception du pouce, ne peut être remué.

Dolbeau fait le diagnostic angioleucite profonde, il incise sur le trajet de la cubitale, mais le pus ne sort pas ; plus tard de l'incision sur le fléchisseur du pouce il sort du pus, puis de deux incisions sur la radiale on voit le pus sortir à flots. Guérison avec main en griffe, limitation des mouvements du poignet.

La théorie de la propagation lymphangitique a été vivement combattue par Gosselin ; toutefois il semble bien que, depuis que Dolbeau l'a émise, elle a acquis des partisans de plus en plus nombreux.

Il s'est fait des systèmes mixtes, ainsi Duplay admet

bien la propagation par les lymphatiques mais comme voie empruntée par le pus pour atteindre les synoviales. Peut-être dans cette discussion on a un peu mis en oubli l'inflammation par propagation de proche en proche dans le tissu cellulaire. On sait l'état de pression dans lequel se trouve le coussinet cellulo-graisseux de la région palmaire; cet état augmente encore quand l'inflammation survient et explique les douleurs si vives d'un simple panaris ; il est donc naturel que le pus cherche à se faire jour vers des régions aux tractus plus faciles à distendre. On pourrait ainsi expliquer la tendance qu'ont les abcès formés à la racine des doigts à fuser vers le dos de la main.

DISCUSSION ET OBJECTIONS

La première objection que fait Gosselin à la thèse de Dolbeau, celle sur laquelle appuient le plus ses élèves, est de manquer de base anatomique ; nous avouons mal comprendre ce reproche. L'existence, la richesse du réseau lymphatique à la face palmaire de la main et des doigts sont aussi incontestables que l'existence des communications synoviales digito-carpiennes. Le rôle des cellules de la lymphe dans les phlegmasies et les suppurations est plus incontesté que celui des gaînes. Veut-on dire que l'inflammation entre les deux voies choisira de préférence la voie synoviale? Mais parfois c'est tout le contraire qui se produit, ainsi que le montre l'observation suivante (due à l'obligeance de M. le professeur Léon Imbert) :

Observation V

Un marin de 52 ans se blesse au niveau du pouce avec un fragment de verre, il en résulte un panaris qui se termine par la nécrose de la phalange. Il ne se produit pas de phlegmon de la main, mais une lymphangite de la partie inférieure de l'avant-bras qui cède au moyen habituel sans incision.

2e Objection. — « Selon la théorie de Dolbeau, c'est sur le trajet de la radiale, de la cubitale, c'est-à-dire assez peu profondément, que l'on doit trouver les suppurations puisque c'est là que sont situés les principaux lymphatiques sous-aponévrotiques.

Les abcès que nous voyons dans ce cas sont bien plus profonds ; ils se trouvent au devant du carré pronateur, du ligament interosseux, lesquels sont profondément situés, et à une pareille profondeur on trouve très peu de vaisseaux lymphatiques, je ne vois guère que ceux qui accompagnent l'artère médiane ; ils sont bien petits, bien peu nombreux pour donner lieu à des phlegmons ou à des abcès aussi considérables. »

A ceci nous répondrons comme Chevalet : les abcès que l'on rencontre fréquemment sont dans la région des artères, ils sont plus rares profondément. Il faut pour s'en convaincre ne pas attendre, mais inciser de très bonne heure avant d'avoir permis au pus de fuser et d'envahir la région environnante.

Si l'on considère l'anatomie du poignet, nous voyons

qu'outre les lymphatiques interosseux, les lymphatiques cubitaux ne sont pas loin. Une aponévrose épaisse les sépare de la peau et les unit dans une loge commune avec les fléchisseurs au-dessus du carré pronateur. Il est donc facile au pus de se répandre dans le tissu cellulaire lâche qui entoure ces muscles, où on le trouvera quand on incisera plus tard.

3e Objection. — D'ailleurs, en admettant que le pus ait fusé dans les régions voisines, qu'il ait gagné les couches profondes, les régions superficielles devraient en receler encore quelques traces, puisque c'est à leur niveau que la suppuration a pris naissance. Très souvent, au contraire, l'incision de la peau pratiquée, rien ne s'écoule au dehors si ce n'est du sang pur ; si l'on veut évacuer le pus il faut plonger assez profondément un instrument mousse, ouvrir les tissus profonds pour y donner issue. L'absence de pus à la superficie pourrait faire croire à un chirurgien inexpérimenté que la fluctuation n'est qu'apparente s'il ne pénètre pas jusqu'au carré pronateur, d'où il verra alors le pus s'échapper à flots. » (Lapeyre-Viguier.)

Mais il n'en est pas toujours ainsi, nous avons expliqué pourquoi le pus s'échappe à flot du carré pronateur. Mais parfois les résultats des incisions sont tout différents.

Observation VI

(Courtade)

Un vigneron de 41 ans, en arrangeant des tonneaux, se fait, avec les cercles de l'un d'eux, une petite plaie à

l'auriculaire de la main gauche. Trois jours après, il ressent une douleur très pénible au petit doigt et à la main, des traitements divers sont appliqués : alcool camphré, sangsues, et ne donnent aucun résultat. On trouve du gonflement de la main et des doigts, ceux-ci sont en demi-flexion, on peut les redresser avec douceur, la pression est douloureuse, sur les éminences thénar et hypothénar ; on sent les ganglions dans le creux de l'aisselle ; on fait l'élévation du membre : application d'onguent napolitain.

Le 10 mai, le gonflement atteint l'avant-bras, douleur spontanée au poignet, pas de suppuration.

Le 11, incision sur la face antérieure du petit doigt, du pus s'échappe. La pression le long de la gaîne synoviale interne n'en fait pas sortir davantage.

Le 12, amélioration, gonflement de la main, poignet douloureux ; on incise les tendons sur le bord antérieur du cubitus ; on soulève les tendons *jusqu'au carré pronateur*. Pas de pus. Une autre incision est faite en dedans de l'artère radiale ; *à ce niveau*, on trouve un peu de pus mêlé de sang, drainage entre les tendons, profondément. On retire le drain.

Le 22, la tuméfaction reprend. On le replace. La plaie se cicatrise bientôt. Guérison complète au bout de trois mois.

4e Objection. — La théorie de l'angioleucite n'explique pas pourquoi les abcès profonds de l'avant-bras se voient habituellement à la suite de blessures du pouce et du petit doigt et ne se voient que très exceptionnellement après les blessures des autres doigts dont la synoviale tendineuse est indépendante de la synoviale carpienne.

L'objection est grave et si les lymphatiques sont les principaux vecteurs de l'inflammation du doigt à la main,

l'influence des gaînes ne devra se faire sentir que d'une façon faible ou nulle si la fréquence de la propagation du phlegmon l'emporte réellement en faveur des doigts extrêmes.

Il sera nécessaire d'établir entre ce fait et la communication des gaînes une relation de cause à effet.

Mais les phlegmons dus au pouce et au petit doigt ont-ils réellement la fréquence que l'on se plaît à leur accorder?

Qu'on me permette de citer ici la parole autorisée de M. le professeur Léon Imbert.

« J'ai relevé, dans le but de fixer ce point, tous les panaris et phlegmons de la main que j'ai soignés depuis 4 ans ; j'ai obtenu ainsi un total de 24 phlegmons et de 38 panaris.

Les panaris du pouce sont particulièrement fréquents, puisque j'en relève 13 sur 38 cas, plus un panaris de l'auriculaire ; de ces 14 malades, aucun n'a présenté de complication du côté de la paume de la main.

Si l'on admet la théorie de l'inflammation des gaînes tendineuses, il est impossible de ne pas être frappé de ce fait que, sur une série assez nombreuse, aucun panaris du pouce ou du petit doigt ne s'est compliqué d'abcès palmaire. Il est permis, sans doute, de supposer que ces malades ont été traités dans de bonnes conditions et que cette complication, qui a été évitée, aurait pu se produire chez eux. Il faut cependant ajouter que sur les 24 panaris intéressant un doigt autre qu'un extrême, une fois un phlegmon de la main s'est produit. A la suite d'une piqûre faite par une écharde à la face palmaire du médius, se produisit un panaris qui envahit tout le médius jusqu'au pli palmaire. Malgré une longue incision, on vit le gonflement envahir la main, qui dut

également être incisée ; la maladie se termina par la nécrose des phalanges et l'amputation du doigt.

Mais si je n'ai jamais vu entre mes mains un panaris du pouce ou de l'auriculaire se compliquer de phlegmon de la main, il m'est arrivé d'observer des phlegmons de la main ou de l'avant-bras en évolution, dans les antécédents desquels je relevais des panaris du pouce ou des autres doigts. Sur mes 24 malades, 7 se trouvaient dans ce cas, 8 en tenant compte de l'observation que je viens de résumer ; 3 fois il s'agissait d'un panaris du pouce, 5 fois d'un panaris d'un doigt autre que le pouce ou l'auriculaire.

Voici le résumé des 3 faits concernant le pouce :

Observation VII. — 1. Une femme de 38 ans se fait, avec un brin d'herbe, une petite lésion de la face dorsale du pouce droit. Huit jours après, on trouve, en ce point, un abcès qui est incisé par l'interne de garde ; mais, les jours suivants, des fusées purulentes se produisent vers l'avant-bras, qui est largement incisé à diverses reprises. Guérison.

On ne peut admettre ici l'infection des gaînes tendineuses ; d'une part, en effet, tout s'est passé à la face dorsale du pouce, et, d'autre part, l'infection a gagné l'avant-bras sans passer par la paume de la main. Il s'agit très vraisemblablement d'une lymphangite.

Observation VIII. — 2. Une femme de 24 ans se pique avec une arête de poisson au niveau du pouce droit. Il se produit un phlegmon de la commissure du pouce qui se propage vers la paume de la main et vers la face dorsale, mais sans atteindre l'avant-bras.

Il s'agit dans ce cas moins d'un panaris que d'une inflammation suppurative de la commissure du pouce ; on ne saurait ici encore incriminer l'infection des gaînes.

Il est impossible ici d'apprécier la marche de l'infection ; si elle s'est faite par les gaînes séreuses, celles-ci étaient rompues au moment où j'ai vu la malade, et les abcès multiples constatés un peu partout et particulièrement à la face dorsale de la main et de l'avant-bras semblent plutôt prouver qu'il s'est agi d'infection par propagation.

On voit donc que, dans la courte série qui précède, il ne semble pas que l'on puisse, pour aucune de ces malades, faire intervenir l'infection de la gaîne.

Il semble bien que la propagation à la main se fasse indifféremment pour les panaris de tous les doigts, car, aux trois panaris du pouce, je puis opposer ici 5 panaris des doigts du milieu propagés à la main ; il s'agissait 2 fois de l'index et 3 fois du médius. Je résumerai ici seulement quatre de ces faits, le cinquième ayant été signalé plus haut.

Observation IX. — 3. Une femme de 28 ans se pique la pulpe du pouce avec une arête de poisson ; elle entre dans le service 15 jours environ après l'accident ; on constate chez elle une large suppuration diffuse occupant les régions palmaire et dorsale de la main et de l'avant-bras. Incisions multiples. Guérison.

Observation X. — Un homme de 70 ans a été blessé à l'index gauche par une écharde de bois, deux mois avant son entrée. Lorsque je l'examine, deux phalanges de l'index sont nécrosées, et il présente en outre un phlegmon de la main qui doit être incisé largement.

Observation XI. — Neuf mois avant l'entrée du blessé à l'hôpital s'est produit un panaris du médius droit suivi d'un gonflement prononcé de la main et de l'avant-bras. Par le fait de la négligence du malade, la première incision n'est faite que plusieurs mois après les accidents. Au moment de son entrée, main et avant-bras sont le siège d'une suppuration diffuse, palmaire et dorsale, avec nécroses multiples. Résections du 3e métacarpien, de l'extrémité postérieure du 4e, du grand os et de l'os crochu. Le malade sort un mois après en bonne voie de guérison.

Observation XII. — Une piqûre due à un instrument de cuisine produit un panaris avec nécrose des 2 premières phalanges du médius. Peu après, la suppuration envahit la face palmaire, puis la face dorsale de la main. Incisions multiples. Désarticulation du médius. Guérison.

Observation XIII. — Une plaie de l'index gauche devient le point de départ d'un panaris qui se complique d'un abcès de la face dorsale de la main avec nécrose de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Le malade refuse l'amputation du doigt.

Les faits précédents mettent hors de doute la possibilité du phlegmon de la main compliquant un panaris quelconque. Mais ils appellent quelques réflexions. Il semble bien d'abord que la propagation vers la main soit la conséquence d'une incision tardive ; cela paraissait résulter de la considération de panaris du pouce, puisque aucun de ceux que j'ai traités à leur début n'a présenté cette complication ; mais cela résulte bien plus encore des faits qui viennent d'être relevés, puis-

que deux malades avaient attendu, l'un deux mois, l'autre neuf mois avant de se faire soigner activement. En outre, on voit bien que, après le panaris, l'abcès du dos de la main est relativement fréquent ; les classiques le considèrent comme rare ; cela est exact pour les abcès primitivement développés dans la main, mais non, semble-t-il, pour ceux qui succèdent à un panaris, puisque, sur 8 cas de cette espèce, 6 fois la suppuration a envahi la face dorsale, nouvel argument contre l'hypothèse d'un phlegmon des gaînes.

Les faits que je viens de citer ne sont donc guère en faveur de l'infection des gaînes. Dans tous ces cas, il ne semble pas que celle-ci puisse expliquer l'abcès de la main. Et cependant cette complication s'est produite, soit par une propagation de voisinage, une inoculation de proche en proche, soit par une lymphangite profonde, comme le voulait Dolbeau. Il est difficile de mettre cette dernière en évidence ; mais, par contre, chacun sait que la lymphangite superficielle n'est pas rare dans les panaris ou les phlegmons de la main. En voici quelques exemples :

Observation XIV. — Une éraflure insignifiante de la main droite produit rapidement un phlegmon de l'avant-bras avec adénite axillaire. Incisions multiples. Guérison. Dans ce cas, il n'existait pas de panaris à proprement parler.

Observation XV. — Panaris de la racine du médius droit ; à la suite, lymphangite de tout l'avant-bras droit, sans adénite. Incision du panaris. Guérison.

Observation XVI (femme). — Une éraflure de la main gauche, sans panaris proprement dit, avec gonflement, dou-

leur et rougeur, se complique d'une lymphangite de tout le bras et de la partie externe du sein gauche ; la malade succombe quelques heures après son entrée.

Observation XVII. — Panaris de l'auriculaire, s'accompagnant d'une adénite épitrochléenne et axillaire très prononcée. Guérison rapide après incision du panaris.

Observation XVIII. — Panaris et phlegmon de la main par pénétration d'une grosse écharde, laquelle n'est retirée que plusieurs jours après l'accident. Une traînée de lymphangite monte sur la face antérieure de l'avant-bras. »

M. le professeur Imbert conclut de ces observations :

« *a*) 13 panaris du pouce et un panaris de l'auriculaire, soignés soit à l'hôpital, soit en ville, ne se sont jamais compliqués de phlegmons de la main ;

» *b*) 8 phlegmons de la main avaient succédé trois fois à des panaris du pouce et 5 fois à des panaris des autres doigts ; or, si l'on remarque que les panaris du pouce sont beaucoup plus habituels que ceux des autres doigts envisagés séparément (13 sur un total de 38), on est obligé de reconnaître que la fréquence des abcès palmaires n'est pas plus grande dans un cas que dans l'autre ; tout panaris, sur quelque doigt qu'il siège, expose à la propagation vers la paume s'il n'est pas bien soigné ;

» *c*) Même dans les cas où un phlegmon de la main a compliqué un panaris du pouce, la complication s'est produite dans des conditions telles qu'on ne peut guère mettre en cause le phlegmon des gaînes (phlegmon de

la face dorsale, phlegmon de l'avant-bras sans collection palmaire).

» Mais si ce dernier n'intervient pas en général, on est en droit d'admettre soit la propagation par continuité, soit la lymphangite profonde. Mais quand on constate la fréquence de lymphangites superficielles, on est amené à conclure, comme l'avait fait Dolbeau, que la lymphangite profonde est probablement une cause fréquente des phlegmons de la main considérés comme complication des panaris. »

Qu'on me permette d'ajouter à ces paroles si claires et si précises quelques chiffres que j'ai relevés sur l'origine digitale des phlegmons.

Sur 138 cas où les phlegmons faisaient suite soit à un panaris, soit à une lésion traumatique d'un doigt, le point originaire de l'infection se trouvait :

Au pouce.....	47 fois
A l'index.....	29 —
Au médius.....	23 —
A l'annulaire.....	7 —
Au petit doigt.....	21 —

A cela il faut ajouter : 3 cas où la lésion primitive siégeait dans la commissure de l'index, 1 cas où il s'agissait de la commissure de l'annulaire et de l'auriculaire, et 3 cas où il s'agissait de celle du pouce et de l'index ; ces derniers qui offrent sujet à contestation seront laissés de côté. En additionnant les cas des doigts extrêmes et ceux des médians, on trouve pour les premiers 68 cas, pour les seconds 59 cas. Ce sont là les résultats bruts. A ces sommes, il faudrait ajouter les 3 cas où, la lésion

siégeant dans la commissure de l'index et de l'annulaire, il ne peut y avoir propagation par les gaînes.

De plus, certaines statistiques, telles que celle de la thèse de Lapeyre-Viguier, ne comptent absolument que des cas de phlegmon du pouce et de l'auriculaire, et par conséquent tendent à fausser les résultats donnés ici. Si nous retranchons donc les 10 cas qu'apporte Lapeyre-Viguier, nous trouvons en somme une soixantaine de phlegmons, tant pour les doigts médians que pour les doigts extrêmes.

De plus, les auteurs apportent de préférence des observations de phlegmons provenant de l'auriculaire et du pouce, précisément à cause de l'intérêt qu'offre la présence des gaînes. Cette tendance augmente la proportion des cas favorables à la théorie de Gosselin. Ces considérations font qu'il est difficile d'apprécier, en les comparant avec les statistiques de Velpeau et de Polaillon sur les panaris, la fréquence des phlegmons de la main provenant des doigts extrêmes, par rapport aux doigts médians, car à ceci il faut ajouter des écorchures, des piqûres, etc.., qui ont donné des phlegmons sans causer de panaris.

Seul un même chirurgien, relevant méthodiquement tous les cas qu'il rencontre, peut donner une statistique ayant une valeur inattaquable. Toutefois ces résultats montrent que la différence entre ces deux provenances de phlegmons ne créent pas une différence considérable de résultats et appuie les constatations de M. le professeur Léon Imbert que nous avons citées plus haut.

5e Objection. - « La théorie de Dolbeau n'éclaire pas sur les causes qui donnent de la gravité au pronostic dans ces cas. Les adhérences des tendons, l'insuffisance du mou-

vement des doigts, la main en griffe et tous ces phénomènes ne peuvent s'expliquer que par des phlegmons consécutifs à la synovite tendineuse. »

On peut faire remarquer que la finesse du tissu cellulaire qui entoure les muscles, tissu qui est traversé par les vaisseaux lymphatiques, ayant à peu près la même structure que les synoviales, explique la facilité de la propagation de la suppuration de ce tissu aux gaînes.

Est-il surprenant que ce tissu conjonctif, parcouru par les vaisseaux lymphatiques enflammés, s'enflamme lui aussi ? Les gaînes tendineuses prennent part également à cette phlegmasie, mais tardivement, absolument comme les séreuses ordinaires s'enflamment lorsqu'elles sont environnées de tissu en suppuration. Si la rétraction des tendons et des aponévroses provenait de lésions profondes, cette rétraction, au lieu de s'amender, continuerait à s'aggraver de plus en plus ; au contraire, cette attitude disparaît le plus souvent après la fin de la suppuration.

6e Objection.— « Cependant, les extrémités du membre inférieur sont exposées aux traumatismes comme celles du supérieur, mais leurs gaînes synoviales sont cachées au fond de la plante du pied et n'arrivent pas aux orteils correspondants. Aussi est-ce rarement que nous trouvons dans la plante du pied ces débridements considérables, ces abcès profonds s'étendant jusque dans le coude-pied et dans la jambe ; cependant les lymphatiques y présentent une richesse si considérable qu'à la main leur disposition générale est analogue : celle des gaînes synoviales diffère. »

Cette objection sert à notre thèse, puisqu'elle permet de mettre en évidence le rôle des lymphatiques placés dans des conditions analogues à celles du membre thora-

cique, mais en éliminant les gaînes synoviales. C'est ce que Therre a bien montré dans sa thèse où l'on voit des suppurations du genou, de la jambe, faire suite à des plaies des orteils ou du pied.

Il est exagéré, semble-t-il, de dire chez les civilisés, où les pieds sont protégés par les chaussures contre les traumatismes, que les blessures y sont aussi nombreuses qu'aux mains et aux doigts plus actifs, plus mobiles, plus exposés aux causes de blessures.

Nous avons vu aussi que la cause la plus ordinaire des phlegmons sont les petites plaies négligées. A la plante du pied, ces petites plaies ne peuvent êtres négligées sans que la sensibilité, s'exaspérant sous l'influence de la marche, l'irritation produite par le milieu n'oblige à quelques soins au moins sommaires. Aux doigts il n'en est pas de même, on se contente le plus souvent de ne pas se servir de celui qui est lésé, sans songer à le préserver des chocs et des infections éventuelles.

Aussi voyons-nous que, quand les membres inférieurs ne sont pas protégés, les phlegmons y sont très fréquents. Ainsi Lemoine, qui signale d'une manière générale la fréquence des phlegmons à Taïti chez les Canaques, cite un grand nombre de phlegmons des membres inférieurs.

Après avoir exposé l'objection faite à la théorie lymphangitique, qu'on nous permette d'en présenter quelques-unes au sujet de la théorie de Gosselin. Ainsi lit-on, dans la thèse qu'il inspira à Schwartz, des cas où l'on voit que, bien qu'il y ait eu synovite, pourtant l'inflammation ne s'est pas propagée tout le long de la gaîne atteinte. Ainsi dans l'observation de Schwartz qui suit :

Un homme de 55 ans reçut une lourde pierre sur l'auriculaire de la main gauche. Plaie au petit doigt qui devient rouge, enflé, douloureux. A son entrée on constate une plaie profonde de la première phalange ; elle s'ouvre à la périphérie sous la forme d'une fistule.

Les mouvements du doigt sur la main ne sont pas supprimés, ceux des divers segments le sont tout à fait ; il n'y a pas de trace de la propagation de l'infection à la grande gaîne interne. Les renseignements que donne le malade indiquent qu'il n'y en a pas eu les premiers jours. Pansements phéniqués. On retire par la plaie supérieure un fragment de tissu fibreux, jaunâtre, ayant l'aspect d'un tendon en suppuration, ce que vérifie l'examen microscopique. Malgré ce fait, la communication à la grande gaîne n'a pas eu lieu. Trois semaines après, guérison. Les phalanges sont rigides, mais le petit doigt peut se fléchir sur la main.

Un ouvrier en papiers peints a le petit doigt gauche pris dans un engrenage ; l'auriculaire est atteint jusqu'au tiers de la phalange attenante à l'articulation métacarpo-phalangienne. On enlève la partie nécrosée et le malade guérit sans autre complication, en conservant le tiers de son auriculaire.

Dans le dernier des quatre cas que cite le professeur Gosselin, il s'agit d'un jeune garçon boulanger de 24 ans, blessé au petit doigt par une dent de scie ; il y a du gonflement de la main, mais les symptômes et la marche présentent un tel aspect que Gosselin lui-même ne nie pas l'angioleucite, à condition qu'on admette et qu'on fasse de la synovite la lésion principale.

Gosselin explique ces cas par la formation de synovite plastique adhésive limitant l'inflammation.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, ces observations montrent que la suppuration, quoique ayant atteint une gaîne, peut parfois ne pas s'y répandre.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu qu'on a fait appel, pour expliquer la propagation de l'infection du doigt à la main, aux gaînes synoviales, au tissu cellulaire, aux vaisseaux lymphatiques.

Toutes ces pathogénies sont admissibles, mais la plus fréquente nous paraît être celle due à la voie lymphatique.

Les panaris et les lésions traumatiques siégeant sur le pouce et le petit doigt n'ont pas, au point de vue de la propagation possible de la phlegmasie à la main et au membre thoracique, une gravité de pronostic bien supérieure à celle des panaris des doigts médians.

Les phlegmons de la main résultent souvent d'une petite plaie négligée. Aussi ces légères lésions, quel que soit le doigt où elles siègent, doivent être antiseptisées et maintenues aseptiques par un pansement qui évitera les infections nouvelles.

Si le panaris se produit, il devra être incisé promptement, afin que la suppuration trouve une issue facile vers l'extérieur.

Si malgré les soins la maladie gagne la main et l'avant-

bras, les foyers devront en être recherchés de préférence par le chirurgien sur le trajet des grands troncs lymphatiques, s'il est appelé au commencement de la propagation de l'infection ; plus tard, le pus a le temps de gagner le tissu cellulaire qui entoure les muscles et s'y diffuse largement.

RÉSUMÉS D'OBSERVATIONS

Phlegmon spontané

Obs. XIX. — G. Thornwald, 24 ans, armurier, douleur de la paume de la main sans causes autres que celles dues à son métier. La flexion de la main sur l'avant-bras est difficile, abcès volumineux au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne, on sent de la fluctuation ; engorgement axillaire ; au niveau de l'abcès il sort du pus épais. En pressant sur l'avant-bras il en sort également. Guérison (Chassaignac, Tr. de la suppur., Obs. 620).

Panaris ou plaie d'un doigt médian suivi de phlegmon

Obs. XX. — Jean G..., cultivateur, 42 ans, piqûre près de l'ongle du médius gauche, panaris, incision ; il continue à travailler et l'inflammation se propage à la paume de la main. Traitements divers, guérison (Seiglé).

Obs. XXI. — A. L..., 17 ans, marchand de vins, a eu l'index droit blessé par un morceau de fer, un fragment y est demeuré douze jours, alors il ressent une douleur vive dans le doigt, douleur qui s'est émise à la main et au poignet, plus tard dans la paume, la douleur à la pression est très vive, fluctuation. Incision, il sort du pus. Guérison avec très bon état fonctionnel (Thomas).

Obs. XXII. — L..., 52 ans, imprimeur, en tombant dans les escaliers a son index droit pris sous le châssis d'une forme d'imprimerie qu'il portait. Inflammation sur la plaie à la face palmaire du doigt. Irrigation, inflammation sur la face dorsale de la main. Incision, il sort du pus. Le doigt est tuméfié, pourtant l'articulation reste mobile (*in* Mendez).

Obs. XXIII. — B..., 30 ans, journalier, a l'index droit pris par une trappe, plaies avec fracture des phalanges. On extrait les os brisés, mortifications dans les doigts, gonflement dans la paume de la main, fluctuation sur le deuxième métacarpien; en incisant, on trouve du pus. Guérison (*in* Mendez).

Obs. XXIV. — T..., cocher, 42 ans, panaris et phlegmon suppuré du dos de la main consécutif à des contusions répétées de l'index droit; le pus se fait jour sur la face palmaire de la main, il se forme de nouveaux abcès sur le dos de la main et sur les gaînes tendineuses allant à l'index; le malade sort malgré le chirurgien, il est atteint de pyohémie et meurt.

A l'autopsie on ne trouve au bras et à l'avant-bras aucun foyer de suppuration; au doigt, destruction des tendons principalement le fléchisseur profond, perforation de la synoviale

du côté du médius, pus dans le tissu cellulaire communiquant avec le pus de la synoviale, au-dessus et au-dessous intégrité de la gaîne et des tendons (Schwartz).

Comme on le voit par l'exemple ci-dessus, une suppuration prolongée peut corroder la gaîne et communiquer avec la synoviale comme n'importe quel tissu, et cependant, quoique l'infection ait été assez grave pour avoir eu une terminaison fatale, elle n'a pas fusé le long des gaînes tendineuses.

Obs. XXV. — H..., 51 ans, marchand de vins, diabétique, se fait une piqûre insignifiante au médius de la main droite, le doigt enfle, pus, phlegmon de la main, incision, il se fait un phlegmon diffus s'étendant jusqu'au coude ; on le traite par des bains tiède avec liqueur de Labarraque.

Obs. XXVI. — Maurel, cordonnier, panaris anthracoïde à l'annulaire droit, traînées rouges de lymphangites, aux membres supérieurs, suppuration des ganglions de l'aisselle.

Obs. XXVII. — L. Jean, 23 ans, soldat d'infanterie, excoriation de l'extrémité latérale de l'index droit, l'inflammation s'étend à ce doigt et au dos de la main. Il se produit une phlyctène purulente sur le dos de la main. Incision, contre-ouverture à la paume. La convalescence fut entravée par deux petits abcès, l'un à l'index gauche, l'autre à l'aisselle droite.

Obs. XXVIII. — H., 22 ans, maçon. Panaris de l'index, puis du médius donnent lieu à angioleucite grave qui envahit la main, à laquelle fait suite un phlegmon par diffusion qui s'étendit jusqu'à l'aisselle. Guérison (Chassaignac, Observation 61).

Obs. XXIX. — Mary Auguste, 34 ans, cocher, sent une piqûre à l'index gauche, une angioleucite s'ensuit avec abcès dans l'aisselle, puis un phlegmon diffus de l'avant-bras. On l'incise pour donner une issue au pus : l'une des incisions tombe au milieu d'une couche purulente située dans le tissu cellulaire au-dessus de l'aponévrose (Chassaignac, Observation 75).

Phlegmons à la suite de plaies ou de panaris du pouce ou du petit doigt, dont on a pu constater la propagation par lymphangite

Obs. XXX. — Th., cannonier, a deux plaies au petit doigt, les plaies s'irritent et l'on constate de la lymphangite sur le bord cubital de la main et de l'avant-bras, fluctuation à l'épitrochlée. On incise et il sort du pus (Vergos).

Obs. XXXI. — G. Emile, musicien. Panaris du pouce survenu sans cause appréciable il y a 4 jours. Gonflement de l'éminence thénar, traînées de lymphangites sur l'avant-bras; petite incision. La gaîne du petit doigt se prend et la douleur s'étend jusqu'à l'extrémité de la phalangette. Incision. Guérison.

Obs. XXXII. — J., 61 ans; le pouce droit a été comprimé par un crochet métallique, plaie contuse de la face dorsale du pouce. On voit à l'articulation des traînées lymphangitiques à la partie postérieure de l'avant-bras, les ganglions de l'aisselle sont indemnes mais le ganglion épitrochléen paraît douloureux du côté de la face palmaire de la main. Il n'y a ni tuméfaction ni douleur, pas le moindre signe d'œdème, tandis qu'à l'avant-bras et à la face dorsale de la main, la peau est

tendue et présente à la pression du doigt des godets d'infiltration séreuse. Bains phéniqués.

Arthrite suppurée de l'articulation ouverte.

En pressant le pouce on fait jaillir du pus fétide. La température s'élève. La main est tuméfiée, la face palmaire est soulevée par le pus, on observe des signes d'engorgement des gaînes synoviales; la suppuration les prend. A ce moment, le membre offre l'aspect d'une lymphangite et d'un phlegmon diffus.

Phénomènes généraux graves. Il se produit des collections sur le dos des troisième et quatrième métacarpiens. Incisions. On draine l'avant-bras, il sort un demi-plat de pus. Une légère amélioration se produit. Puis recrudescence des phénomènes, la paume de la main qui augmente de volume est ouverte au thermocautère. Arthrite du poignet.

On se décide à l'amputation de l'avant-bras ; le malade guérit.

Autopsie de l'avant-bras.

On trouve une grande poche de pus en avant des muscles interosseux et sous les fléchisseurs.

Le pus a envahi les synoviales du pouce et de l'auriculaire (*in* Lancial).

Obs. XXXIII. — O... A..., 22 ans, cordonnier, ressent à la première phalange du pouce gauche de la douleur ; on y voit une rougeur diffuse et de la tuméfaction, symptômes d'angioleucite dans le bras et dans les glanglions de l'aisselle; ouverture de l'abcès du pouce et issue de pus ; plus tard la main entière est envahie par un vaste phelgmon; fluctuation de l'éminence thénar ; trocart, séton ; après avoir suppuré quelque temps, la main guérit (Chassaignac).

Phegmon se propageant du pouce au petit doigt et réciproquement

Obs. XXXIV. — F..., brunisseuse, inflammation du petit doigt; l'inflammation gagne l'éminence hypothénar, la paume de la main, puis le pouce ; il s'est fait deux foyers, l'un dans la région thénar, l'autre dans la région hypothénar ; en explorant avec un stylet on rentre dans une cavité qui doit être la bourse séreuse commune des fléchisseurs ; toutefois il y avait peu de pus ; il y a donc eu, conclut Gosselin, une synovite, mais une synovite qui n'a pas suppuré, une synovite plastique (Gosselin).

Obs. XXXIV bis.— C... V..., 34 ans, brosseur, après avoir brossé un nombre considérable de chaussures ressent une douleur à l'auriculaire ; le lendemain il voit la partie antérieure et interne de la main tuméfiée jusqu'à 3 ou 4 centimètres du poignet; l'enflure gagne la paume de la main et le pouce.

Plaies des commissures suivies de phlegmons

Obs. XXXV. — Léon Q..., infirmier, crevasses nombreuses à la racine des doigts; le dos de la main devient rouge, gonfle, est douloureux, la paume de la main est libre. Incision dorsale sur le troisième métacarpien : on ne trouve pas de pus, mais en comprimant la face dorsale de la main de haut en bas on en fait sortir; on incise jusqu'à l'os, on ne trouve pas de pus ; élévation de la température, décollement sous-tendi-

neux des premier et quatrième métacarpiens. Guérison (Altemaire et de Bovis).

Obs. XXXVI. — Joseph M..., 18 ans, régisseur, se fait en travaillant une écorchure à la paume de la main droite entre l'index et le médius ; la main enfle, surtout à la face dorsale, empâtement. Incision, pus. Exéat (Mendez).

Obs. XXXVII. — Fulsy François, 32 ans, limonadier, bonne constitution, s'est blessé il y a douze jours avec un fragment de saladier ; à la main droite un petit morceau du vase pénètre dans la commissure du médius et de l'index. Le malade ne fit aucune attention à cette blessure légère en apparence ; au bout de 4 heures à la main apparurent de la tuméfaction, et de la douleur dans la main et l'avant-bras ; la douleur s'étend jusqu'à l'aisselle. Nausées et vomissements. Le malade entre à l'hôpital, où on constate un phlegmon diffus de la main avec traînées angioleucitiques jusqu'au creux axillaire.

Obs. XXXVIII. — Phlegmon de la main à la suite d'une plaie de l'avant-bras.

Un jeune homme, à la suite d'une phlyctène purulente de l'avant-bras, a un phlegmon diffus de l'avant-bras qui envahit la main ; on fait des mouchetures. Guérison.

Obs. XXXIX. — M..., 62 ans, ouvrier aux poudrières, diabétique, a un panaris du pouce ; au tiers moyen du bras on constate de la lymphangite. Incision, la température s'élève, le pus continue à s'écouler par l'ouverture, fièvre purulente, l'index et le petit doigt suppurent, finalement mort (Soc. de Méd. et Chir., Drôme et Ardèche).

Obs. XL. — R..., 65 ans, ébéniste, diabétique et alcoolique,

s'est fait une piqûre à la deuxième phalange du pouce droit, le 19 novembre ; panaris limité des deux phalanges du pouce ; il a du délire professionel, la température reste basse.

On incise la face dorsale de pouce droit avec précaution, issue d'un peu de sérosité mêlée de sang.

Le 24 on perçoit une tumeur dans la paume.

La peau est froide, la température basse, le pouls petit.

Ces symptômes s'accentuent et, le lendemain à 6 heures, le malade meurt 36 heures après le début du phlegmon.

Corps étrangers

Obs. XLI. — Un fusil éclate dans les mains d'un soldat, un morceau de fer se fixe dans la paume et y reste sept mois sans provoquer d'accident inflammatoire. Au bout de ce temps apparaît de la suppuration ; on le radiographie, il occupe la partie centrale de la paume, on l'enlève, il pesait 22 grammes.

Obs. XLII. — Dans un autre cas, il s'agissait d'un gros morceau de verre qui resta huit mois dans la paume de la main sans causer de suppuration. Au bout de ce temps on l'enlève après avoir radiographié la main.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ansiaux. — Tumeur à grains hydatiformes du poignet. Gazette des hôpitaux, 1847.

Albrecht. — Traitement des phlegmons des gaînes tendineuses. Société Hufeland, 12 nov. 1908.

Avice (T.). — Du phlegmon de la main. Thèse de Paris, 1856.

Abbe. — La chirurgie de la main. New-York med. Journal, 13 janv. 1894.

Allard. — Inflammation des vaisseaux absorbants. Paris, 1824.

Ancelon. — Du panaris sous-épidermique érysipélateux (tourniole). Gazette des hôp., 1859, t. XXI, p. 554.

Angué (E.). — Du panaris ostéomyélitique. Thèse de Lyon, 1897.

Arietti (L.). — Ricerche Batteriologische sui flemmoni suppurati ed in particolar modo sugli adenoflemmoni della regione cervicale. Giorn. d. Osped. Maria Vittoria. Torino, 1908. p. 198-204.

Acrel. — Tumeur au niveau du poignet et de la partie interne de la main droite. Commentaires de la Société des sciences de Gottingue. Vol. XI, p. 131, *in* Thèse de Michon.

Andral. — Panaris du pouce. Inflammation des gaînes. Suppuration prolongée. Septicémie. Guérison. France médicale. Paris, 1874, XXI.

Astruc. — Article Panaris. Dictionnaire en 30 volumes.

Altemaire (L.) et de Bovis. — Etude sur les phlegmons profonds lymphangitiques de la main et de l'avant-bras. Archives de médecine et de pharmacie militaires. Paris, 1896, 227-249.

Andry (Ch.). — Phlycténoses récidivantes des extrémités. Ann. de de Dermat. et de Syphil., nov. 1901.

Batut (L.) — Phlegmon diffus érysipélateux de la main et de l'avant-bras, péri-arthrite du poignet, sphacèle tendineux et musculaire, troubles trophiques. Bull. Soc. médico-chir. de la Drôme et de l'Ardèche. Valence, 1909, 131-137.

— Phlegmon profond de la paume de la main droite, nécrose tendons fléchisseurs de l'index, ostéo-myélite de la phalange et du deuxième métacarpien. Bull. Soc. médico-chir. de la Drôme et de l'Ardèche. Valence, 1909, 137-139.

— Panaris du pouce, phlegmon de la main chez un diabétique, gangrène sèche des doigts, mort. Bull. Soc. médico-chir. de la Drôme et de l'Ardèche. Valence et Paris, 1907, VIII, 66-68.

Berger (P.). — Phlegmon de la gaîne synoviale des fléchisseurs des doigts compliqué de suppuration des articulations du carpe : guérison avec conservation des mouvements : principes du diagnostic et traitement. Bull. méd., Paris, 1906, XX, 399-403.

Billroth (T.). — Clinical lectures on metastatic phlegmon of the hand. Med. Press et Circ. London, 1884, n. s. XXVII, 393.

Bauchet. — Panaris sous-cutané de l'annulaire, phlegmon sous-cutané de la face palmaire et de la face dorsale de la main; incisions; cataplasmes; pansement simple; menace de récidive : cataplasmes; guérison (Mémoire de Bauchet). Analyse *in* thèse de Chevalet.

Bérard (A). — Art. Abcès de la main. Dictionnaire en 30 vol. 1838, p. 355.

Borelli. — Phlegmons aux mains. Gazetta medica italiana, 1853.

— Gazette médicale de Paris, 1854, p. 481.

Bichat. — Traité d'anatomie générale. Paris, 1798.

Berger (M.). — Phlegmon profond de la main et de l'avant-bras. Mort. Autopsie. *In* thèse de Chevalet.

Broustet (P.). — Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés profonds de la main. Thèse de Bordeaux, 1899-1900.

Bazy. — Phlegmon de la main donnant naissance à un anévrysme artério-veineux. Soc. de Chir., 18 déc. 1889, *in* Rapport de M. Routier).

Bauchet. — Du panaris et du phlegmon de la main. Paris, 2e éd., 1859.

Bonhomme (F.). — Contribution à l'étude des tumeurs myéloïdes des gaînes tendineuses. Thèse de Lyon, 1897-1898, n° 65.

Brooks (J.). — Operations in the treatment of palmar absces. Boston medical and surgical Journal, 1899.

Bauchet. — Panaris sous-unguéal du pouce droit : collection purulente sous l'ongle ; incision ; cataplasmes ; guérison rapide. Mémoire de Bauchet *in* thèse de Chevalet.

— Panaris anthracoïde du médius ; menace de phlegmon diffus ; douleurs vives ; incision ; cataplasmes ; guérison. Mémoire de Bauchet *in* thèse de Chevalet.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1814.

Bauchet. — Panaris sous-cutané de l'indicateur droit ; extension à la paume de la main ; incision : infection purulente. Observation *in* thèse de Chevalet.

— Panaris profond du pouce droit ; phlegmon profond de la main ; trajets fistuleux ; suppuration abondante ; affaiblissement de la constitution ; vaste escarre au sacrum ; infection putride ; mort. Observation *in* thèse de Chevalet.

Bier. — Traitement des phlegmons des gaînes tendineuses. Soc. Hufeland, 12 nov. 1908.

Bousier (A.). — Eclat de bois enkysté dans l'éminence thénar : ablation du kyste ; guérison. Bull. et mém. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1888-1889, 664-668.

— Journ. Médec. Bordeaux, 1888-1889. p. 231.

Bouglé (J.). — Troubles trophiques du squelette de la main et des doigts dans un cas de panaris profond du médius. Bull. et Mém. Société anat. de Paris, 1901, 80-82.

Bovis (R. de). — De la marche de la température dans les phlegmons. Gazette des hôpitaux, 1895, n° 111, p. 1097.

Blum. — Chirurgie de la main.

Bulteau (A.). — Inflammation des gaînes synoviales de la main ; phlegmons de l'avant-bras ; albuminurie ; mort. Progrès médical. Paris, 1878, 441.

Bourdillat. — Hémorragies de l'arcade palmaire superficielle survenues dans le cours d'un phlegmon ; ligature dans la plaie ; guérison. Gazette hebdomadaire de Paris, 1868, 2e s., V, 485.

Beck. — Du panaris. Thèse de Paris, 1860.

Brame (C.). — Sur le traitement des affections phlegmoneuses de la main. Courrier médical. Paris, 1880, XXX, 146, 153, 162.

Barthélemy. — Inflammation phlegmoneuse de la main ou du pied ; ses dangers ; moyens d'y obvier. J. univ. et hebd. de médec. et chir. prat. Paris, 1833, 429-440.

Billroth (T.). — Flemon metastasico de la mano. Report med. New-York, 1888, n° 1, s. XXXVII, 393.

Boyer (A.). — Traité des maladies chirurgicales (Du phlegmon). Paris, 1831, 4e éd., t. 2, p. 34.

Chenantais. — Panaris des gaînes. Gazette médicale de Nantes, 1883-1884, II, p. 147.

Charvy (E.). — Essai sur la périostite phlegmoneuse diffuse ; son traitement. Thèse de Paris, 1882, n° 88.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique. Paris, 1907, 3e éd.

Cornil. — Sur l'anatomie pathologique du phlegmon, et en particulier sur le siège des bactéries dans cette affection. Compte rendu Acad. des sciences. Paris, 1883, XCVII, 1494-1497.

Cornil (V.). — Leçons sur le phlegmon. Journ. des connaissances méd. pratiques. Paris, 1884, 3e série, 9-11.

Chassaignac (E.). — Kyste hydatique du poignet ; ponction : inject. iodée ; guérison. Gazette des hôpitaux, 1845, p. 330.

— Durillon froissé phlegmoneux ; extension de la phlegmasie de la face palmaire à la face dorsale de la main ; incision ; amélioration rapide ; guérison en 7 jours. Traité de la Suppuration.

— Durillon froissé sphacélique à forme ampullo-phlegmoneuse; débridement; cataplasmes ; guérison. Traité de la Suppuration.

Castex. — Tumeur hydatique du poignet droit ; opération purulente, mort ; autopsie. Revue médico-chirurgicale de Paris, 1848. Vol. III, p. 315-317.

Chassaignac (E.). — Durillon froissé sphacélique ampullaire et phlegmoneux. Traité de la Suppuration.

— Durillon phlegmoneux de la main ; incision ; cataplasmes ; guérison. Traité de la Suppuration.

Cartaz. — Plaie par écrasement du pouce ; phlegmon de la main et de l'avant-bras ; gangrène du petit-doigt. Hôtel-Dieu. Service de M. Guérin. Observation *in* thèse de Chevalet.

Cases. — Case of chronic inflammation and ulceration of the hand successfully treated. Maryland M. Recorder. Balt. 1831.

— Phlegmon profond de la paume de la main droite ; hémorragies consécutives multiples : petit sac anévrysmal guéri par un cautérisation faite avec le perchlorure de fer. Gaz. Hôp. Paris, 1862, XXX, 193.

Chassaignac.— Phlegmon par diffusion du membre supérieur droit, incisions larges et multipliées ; drainage ; guérison. *In* Traité de la suppuration.

— Phlegmon de la main ; drainage ; guérison. Id.

— Phlegmon de l'éminence thénar consécutif à une dactylite de la base du pouce. Id.

— Phlegmon de l'éminence thénar consécutif à une dactylite disséquante, débridement, cataplasmes. *In* Traité de la suppuration.

Chassaignac. — (Obs. 582). Abcès angioleucitique interne du bras droit consécutif à une écorchure de la main. Abcès axillaire consécutif. *In* Traité de la suppuration).

— (Obs. 583). Abcès angioleucitique interne du bras gauche consécutif à une éruption d'ecthyma. Incision. Guérison en 5 jours. *In* Traité de la suppuration.

— (Observ. 584). Abcès angioleucitique considérable consécutif à des piqûres des doigts et des déchirures de l'épiderme. *In* Traité de la suppuration.

— (Observ. 586). Angioleucite trajective suppurée dans la région du bras, suite d'une écorchure du doigt médius. Intégrité des ganglions axillaires et sus-épitrochléens. *In* Traité de la suppuration.

Chevalet (H.). — Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur. Thèse de Paris, 1875.

Camps (G.-G.). — Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges. Thèse de Paris, 1885, n° 225.

Catois. — Du panaris. Thèse de Paris, 1878.

Chassaignac (E.). — Dactylite phlegmoneuse, drainage. *In* Traité de la suppuration de Chassaignac.

— Dactylite phlegmoneuse de l'annulaire gauche ; large incision. Guérison. Id.

— Dactylite disséquante consécutive à un durillon froissé phlegmoneux. Id.

— Dactylite disséquante dorsale du doigt médius. Incision, cataplasme. Guérison. Id.

— Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris, V. Masson, 1859.

Cayla (J.). — Traitement abortif du phlegmon par les bains locaux et par l'application de glace. Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, 1907, p. 41-89.

Chassaignac (E.). — Dactylite hémorrhagique, pansement par occlusion. *In* Traité de la suppuration.

Cartaz. — Panaris du pouce, angioleucite de l'avant-bras et du bras par résolution. *In* Thèse de Chevalet.

Choux. — Phlegmon lymphangitique profond de nature streptococcique, de la main et de l'avant-bras : tendance à l'envahissement du bras ; traitement par le sérum de Marmorek. Guérison. Archives de méd. et de pharm. militaires. Paris, 1898, t. XXXI, p. 451, 457.

Chassaignac. — Dactylite sous-unguéale et nécrosique par cause traumatique. *In* Traité de Chassaignac suppuration.

— Dactylite phlegmoneuse de l'annulaire gauche ; large incision. Guérison. Id.

— Durillon froissé phlegmoneux simple, extension de la phlegmasie de la face palmaire à la face dorsale de la main ; incision vers l'extrémité antérieure du 4e métacarpien. Id.

Courtade. — De l'opération du phlegmon de la main. Union méd. Paris, 1888, 3e série, t. XIV, 407 à 421.

Couetoux (R.-M.). — Des plaies contuses de la main et des doigts, et de leur traitement par la méthode antiseptique.

Cruveilhier. — Anatomie.

Dolbeau. — Leçons sur les inflammations du membre supérieur. Journal de l'Ecole de médecine, 1876.

Duplay. — Phlegmons de la main. Progrès médical, août 1877.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie. Paris, 1909, t. VIII, p. 495, Masson, édit.

Duvergey. — Corps étrangers de la face dorsale de la main. Journ. de méd. de Bordeaux, 1900, t. XXX, p. 742-743, p. 215.

Dupuytren. — Tumeur à la paume de la main. Incision, petit corps blancs. Phlegmon diffus. Mort. Leçons orales de Dupuytren.

Dolbeau. — Mémoires sur les abcès profonds de l'avant-bras, consécutifs aux blessures des doigts. Bull. de thérapeutique, 20 février 1872, p. 158.

Doege (K.). — Acute phlegmons of the hand. Milwankee Medical Journal, 1905, t. XIII, 283-286.

Demons. — Enorme corps étranger (fragment de batterie de fusil dans la paume de la main. Arch. d'électricité, Bordeaux, 1900, p. 326, 1 pl.

Doumeng (Bertrand). — Des synovites fongueuses primitives de la gaîne des fléchisseurs des trois doigts du milieu de la main. Thèse de Lyon, 1897-98, n° 22.

Duval (M.) et Le Dentu (A.). — Main (pathologie). N. Diction. de méd. et chir. prat. Paris, 1875, t. XXI, 272-289.

Duclaux (H.). — Le phlegmon diffus. Médecin praticien. Paris, 1906, p. 46.

Dolbeau. — Phlegmons profonds de la main et de l'avant-bras consécutifs à de simples piqûres. Observ. XXXVII, XXXVIII, *in* Thèse de Chevalet.

Duvergey et Guyot. — Les incisions systématiques dans le phlegmon grave de la main. Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 15 mai 1908.

Dubreuil. — Du panaris infectieux. Gazette médicale de Paris, 22 mars 1890.

Duhamel. — Phlegmon total de la main ; extraction d'un bout de drain ayant séjourné dans les tissus pendant un an, sans déterminer d'accidents sérieux. Bull. Soc. anat. clin. de Lille, 1888, t. III, 226-229. Journ. des sc. méd. Lille, 1889, p. 126-129.

Dugan (W. C.). — Carbolic acid in the treatment of the acute phlegmon. Ann. Pract. and News. Louisville, 1895, t. XIX, 287-298.

Doyen. — Plaie de la main. Lymphangite, abcès de la bourse olécranienne ; gonflement éléphantiasique des tissus du membre supérieur ; envahissement rapide des parois de l'abcès et de l'articulation du coude par les fongosités tuberculeuses. Progrès médical, Paris, 1883, t. XI, p. 414.

Desprès. — Inflammation des gaînes, des tendons, des fléchisseurs de la main ; guérison par compression. Gaz. des hôpitaux, 1883, t. VI, p. 1177.

Dumont (H.-J.). — Contribution à l'étude de l'anatomie des gaînes synoviales tendineuses de la main et du poignet et de leur synovite fongueuse. Thèse de Bordeaux, 1881, n° 11.

Decq. — Phlegmon diffus de la main ayant nécessité l'amputation de la main. Journal des sciences médicales de Lille, 1898, t. II, p. 564.

Emery et Sabatier. — Un cas de panaris à gonocoque par infection directe, n° 47, 29 nov. 1909 de La Clinique.

Eltchaninoff. — Des manifestations de la blennorragie sur les synoviales articulaires et tendineuses. Paris, 1873.

Fleury. — Corps étrangers de la main. Bull. de la Soc. de chirurgie. Paris, 1851-1852, t. 432.

Follin et Duplay. — Traité de chirurgie, Paris, 1888.

Guitton (E.). — Anatomie et physiologie comparées de la main. Thèse de Paris, 1843.

Grapow. — Die anatomie und physiolog. Bedeutung der Palmaris aponeurose. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1887, 143.

Gérard-Marchant. — Adénite consécutive à une plaie par morsure, guérie, *in* Thèse de Jouet. Paris, 1886-1887 (Obs. III, VII).

Garnier (A.-L.). — De l'inflammation aiguë des gaînes synoviales de la paume de la main. Thèse de Paris, 1878.

Gosselin. — Ecrasement du petit doigt par une pierre ; phlegmon profond de la main. Clinique chirurgicale de Gosselin.

— Phlegmon profond à la main et à l'avant-bas parti d'une blessure du petit doigt. Id.

— Clinique chirurgicale de la Charité, t. II, p. 257. Paris, 1873.

Guyot. — Les incisions systématiques dans le phlegmon grave de la main. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 15 mai 1908.

Guérin. — Plaie par écrasement du pouce ; phlegmon de la main et de l'avant-bras ; gangrène du petit doigt. Observ. *in* thèse Chevalet.

Gottstein. — Ueber neuere Behandlungsmethoden von Panaritien und Phlegmonen. Jahresb. d. schles. Gesellsch. f. vaterl Cult. 1902. Breslau, 1903, XXX, med. sect. 54-61.

Gallanardin et Delachanal. — Du phlegmon séreux rhumatismal. Lyon médical, n° 46, 14 nov. 1909.

Gangolphe. — Phlegmon diffus considérable du membre supérieur; résultats éloignés. Société de Chirurgie de Lyon, 18 nov. 1909.

Gosselin. — Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet. Mémoire de l'Académie de médecine de Paris, 1851.

Gehrmann (A.) — Suppuration in the hand and fore arm. N. Am. Tract. Chicago, n° 90, 353-359.

Guiot (Ch.). — Anatomie topographique de la loge commissurale du pouce et de l'index. Des phlegmons qui s'y développent. Thèse de Lyon, 1902.

Houzelot (de Meaux). — Kyste synovial du poignet et de la main, *in* thèse de Michon.

Hédon. — Etude critique sur l'innervation de la face dorsale de la main. International Monats. f. Anat. u. Phys., Leipzig, 1889.

Hutchinson (J.). — Recurring inflammation of the hands in a healthy boy; vesicular and bultous eruption, with tendency to form pus; usual duration of attacks a fortnight : present attack more severe, etc.. etc... Arch. Surg. Lond., 1890-1891, 330-333.

Hartmann. (H.). — Note sur l'anatomie des nerfs de la paume de la main. Bull. Soc. Anat., Paris, 1887, 860-864, 1877.

Heyfelder (J.-F.) — Vulnus manus e discisione arc. volar. sublim. : phlegmone diffusum. Deutsche Klinik. Berl., 1853, v. 555.

Hendrix. — Corps étranger métallique extrait de la main. Ann. Soc. Belge de Chir., Bruxelles, 1905-1906, III, 408.

Helferich. — Ueber die Behandlung Schwerer Phlegmonen. Berl. klin. Wochenschr., 1892, XXIX, 61-64.

Hamon de Fresnay (L.). — Simple note sur le traitement des phlegmons et des abcès laiteux : bistouri, drainage, sangsues, aspiration, onguent du Dr Duval. (Résolutif, maturatif, suppuratif). Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes. Paris, 1882, IV, 482-486.

Imbert (L.). — Sur la pathogénie des phlegmons de la main. Presse médicale, n° 69, 28 août 1909, p. 612.

— Pathogénie des phlegmons de la main. Clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu de Marseille, 17 novembre 1909, *in* Marseille Médical, 1er février 1910, p. 81.

Jouet (G.). — Des lymphangites et adénites tardives. Thèse de Paris, 1886, n° 68.

Jalaguier. — De la lymphagite gangréneuse. Thèse de Paris, 1886.

Jones (F.). — Foreign body removed from palm of hand. Tr. Path. Soc. London, 1863, XIV, 279.

Janot (A.). — Sur la pathogénie du phlegmon diffus. Thèse de Nancy, 1888.

Kirmisson. — Affections inflammatoires et troubles de la nutrition de la main et des doigts. *In* Traité de chirurgie Duplay-Reclus. Tome 8, p. 488-494.

Kourowicki (Ch.). — Essai sur le traitement abortif du phlegmon. Thèse de Montpellier, 1884-1885.

Kirmisson. — Art. Panaris, *in* Traité de Chirurgie de Duplay-Reclus.

Karewski. — Traitement des phlegmons des gaînes tendineuses. Société Hufeland, 12 nov. 1908.

Kanavel (A.-B.). — An anatomical experimental, and clinical study of acute phlegmons of the hand (Abstr.) Bull. Northwest. Univ. M. Sch. Chicago, 1905-1906. VII, 384-447.

Kofmann. — Zur Technik der Panarit. operation. Medizinische klinik. T. V. N° 44, 31 oct. 1909.

Kirmisson (E.). — Phlegmon. Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Paris, 1887, 2e série.

Klapp. — Traitement des phlegmons des gaînes tendineuses. Soc. Hufeland, 12 novembre 1908. Analyse *in* Journal de Chirurgie. T. 1er, 1908, p. 221.

Lopez Baralt (R.). — Flecmon subcutaneo de la cara palmar de la mano. Rev. med. quir. Maracaïbo, 1883-1884, I, n° 4, 8-10.

Lapeyre-Viguier. — Du phlegmon des gaînes synoviales tendineuses des fléchisseurs de la main. Thèse de Montpellier, 1884-1885, n° 25.

Lloret (J.). — Flemôn difuso de la mano por un vidrio septico en un heredo sifilitico antiguo : seis incisiones ; curacion. Med. de lòs ninos : Barcelona, 1907, VIII, 211.

Lejars. — L'Innervation de l'éminence thénar. Bull. de la Société anatomique de Paris, 1890.

Labat (H.). — Des traumatismes de la main. Journal de Médecine de Bordeaux, 1865, 2e série, VI, 449-464.

Laccetti. — Due casi di flemmone trattati con l'iperemia venosa artificiale. Gazz. internaz. di Med., Napoli, 1906, IX, 897-899.

Le Dentu et P. Delbet. — Nouveau traité de chirurgie. Paris, 1910. Masson, édit.

Legouest (V.-A.-L.). — Des kystes synoviaux du poignet et de la main. Thèse de Paris, 1837 (Concours).

Lafon (E.). — Contribution à l'étude du phlegmon diffus chez les alcoolo-diabétiques. Thèse de Montpellier, 1899-1900. n° 65.

Legueu et Juvara. — Des aponévroses de la paume de la main. Bul. de la Soc. anatom. de Paris, 1892.

Le Dentu (A.). — (Phlegmon). Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1879, XXVII, 131-184.

Le Dentu. — Article (Main). Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1875, t. XXI (Jaccoud).

Lisfranc. — Tumeur située dans la paume de la main. Journal de Médecine et Chir. prat., t. VIII, p. 412.

Leguey. — Recherches sur les tendons fléchisseurs des doigts.

Le Dentu. — Etudes de Clinique chirurg. Paris, 1892 : p. 164.

— Des suppurations de la main et de l'avant-bras. Médecine moderne, 17 septembre, 1892.

Lisfranc. — Observations relatives à deux cas d'inflammation aiguë de la paume de la main, traitées avec succès par les frictions mercurielles à hautes doses. Gazette Méd. Paris 1837, v. 74. Thèse de Paris 1837.

Le Moine. — Fréquence des abcès à Tahiti, phlegmon dans les gaînes musculaires, psoïtis, diagnostic et traitement. Annales d'hygiène et de Médecine Coloniales, Paris 1903, 118-128.

Libert. — Ecrasement de la main par un pilon de moulin à huile. Phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras ; résultats tardifs. Journal des Sciences Médicales de Lille, 1888, 563-565.

Le Dentu. — Inflammations suppuratives de l'avant-bras et de la main. Revue internat. de Médec. et Chir. de Paris, 1902, XIII, 181-183.

— Des suppurations de la main et de l'avant-bras. Médecine Moderne, Paris 1891, 665-667.

Lancial. — Plaie et arthrite suppurée du pouce, phlegmon du dos de la main ; propagations aux gaînes synoviales de la paume de la main, phlegmon diffus de l'avant-bras ; amputation ; autopsie du membre. Journal des Sciences Médicales de Lille, 1886, 166-170.

Lapeyre (J.) — Du Phlegmon des gaînes synoviales tendineuses des fléchisseurs de la main. Gazette hebdomadire des Sciences Médicales de Montpellier, 1885, VI, p. 553-565.

Lecocq. — Synovite tendineuse ; phlegmon chronique ; carie des os du carpe : amputation de l'avant-bras. Arch. Méd. Belge. Bruxelles, 1880, 3 sér. XV, p. 467-471.

Manero (E.). — Inflamacion y abscesso profunda de mano ; tratamiento por las injecciones de cocimiento de casca y la compression. Tabellon med., Madrid, 1874, XIV, 40.

Monjaret (A.). — Notes sur la convalescence après les phlegmons de la main. Journal des Sc. Médicales de Lille, 1904, I, 83-93.

Maslieurat-Lagémard (G.). — De l'anatomie des aponévroses et des membranes synoviales de la main et applications de la thérapeutique et de la médecine opératoire. Gazette médicale de Paris, 1839, p. 273-286.

Morestin. — Innervation des téguments de la main. Bull. Soc. Anat. Paris, 1896.

Moty. — Observation de corps étrangers dans la paume de la main. (Rap. de Chauvel). Bull. et Mém. Soc. de chir.; Paris, 1884, n. s., X, 16.

Moiret (L.). — Contribution à l'étude des phlegmons et de la gangrène humide dans le diabète sucré. Thèse de Lyon, 1899-1900.

Marchal (de Calvi). — Des bourses synoviales et de leurs maladies. Thèse d'agrégation. Paris 1839.

Michon (L. M.). - Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, de la face palmaire du poignet et de la main. Thèse de concours. Paris 1851.

Malard (Maurice). — Le panaris actinomycosique. Thèse de Lyon, 1903-1904, n° 41.

Monferrato. — Du phlegmon des gaînes synoviales de la paume de la main. Thèse de Paris, 1879, n° 349.

Michel (L.). — De l'extirpation totale des synoviales dans le traitement des synovites tuberculeuses des gaînes tendineuses de la main. Thèse de Montpellier, 1895-1896.

Mouret (J.). - Sur la circulation de la main. Montpellier médical, 1890, 101-107.

Mendez (G.). — Du phlegmon et des abcès de la paume de la main. Thèse de Paris, 1857.

Mignon. — Du panaris infectieux. Bulletin méd. de Paris, 27 avril 1890, n° 34, p. 385.

Mercier (J. E.). — Des inflammations de la paume de la main. Thèse de Paris, 1859.

Moriat (L.). — Contribution à l'étude du traitement du phlegmon diffus (Méthode de Dobson). Thèse de Paris, 1889.

Macre. — Désordres produits par le séjour d'une aiguille dans la paume de la main. Bull. Soc. Méd. de Gand, 1899, 118. J. de Neurol. Paris, 1899, p. 245.

Mac-Clellan. — Anatomie des régions dans ses rapports avec la médecine et la chirurgie. Paris, 1898.

Nélaton. — Tuméfaction énorme de l'index de la main droite. Gazette des Hôpitaux, n° 20, mai 1848.

Nicaise. — Du panaris. Gazette médicale de Paris, 1881.

Nové-Josserand. — Tolérance des tissus pour les objets métalliques qui y sont inclus : Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 1904, VII, 66.

Nagel. — Phlegmonöse Entzundungen der Hand : Panaritien : Behandhung Allg. Wien. med. Ztg., 1869, XIV, p 241.

Nicaise. — Des épanchements séreux, inflammatoires dans le tissu cellulaire. Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie, Paris, 1879, III. 609-615.

Old (L). — The inflammatory diseases of the hand. Virginia M. Semi-Month. Richmond, 1897-8, II. 672.

Parmentier (M). — Le Phlegmon ligneux. Progrès Médical Belge. Bruxelles, 1905, 129-132.

Polis (A.) — Phlegmons de la main et des doigts. Scalpel. Liège. 1897-8, I, 217-225.

Pierre Louis. — Sur le panaris. Thèse de Paris, 1806, n° 114, 63 p.

Poulet et Bousquet. — Traité de Pathologie externe. Paris, Oct. Doin, 1875.

Pollitzer (S.). — Inflammatory affections of the nails. J. Cutan. et Genito-urin. Diss. New-York, 1901, XIX, 503-511.

Prat. — Du panaris. Thèse de Paris, 1870.

Poirier (P.). — Anatomie descriptive.

Princeteau. — Corps étrangers de la main. J. de Médecine de Bordeaux, 1905, XXXV, 577.

Pauchet. — Phlegmons de la main. La Clinique, 1908, n° 46, 13 nov., p. 726-728.

Phocas. — L'Abcès et le Phlegmon. Nord Médical, Lille, 1900, t. VII, 109-225.

Peiser. — Ueber das Panarititium der Melker. Centralblatt für Chirurgie, 1908, n° 28, 11 juillet.

Peck et Mayer. — Synovite tendineuse suppurée des fléchisseurs de la main et du poignet. Société de Chirurgie de New-York, 1908, 13 mai.

Polaillon. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, Paris, 1871, 49-161. Art Main (Pathologie).

— Dictionnaire encyclopédique Sc. Méd., t. XX. 2e série. Art. Panaris.

Pillenet (Ph.). — Synovites tendineuses, Thèse Paris, 1873.

Péraire. — Trois cas de corps étrangers de la main, décelés par la photographie au moyen des rayons de Rœntgen. Bul. Soc. Anat., Paris, 1896, 595-600.

Petit. — Ass. franç. pour l'avancement des sciences, Nancy, 1886. Analogie du panaris osseux avec l'ostéo-myélite infectieuse, p. 208 (1re partie).

Ranvier et Cornil. — Traité d'histologie pathologique. Paris, Fél. Alcan, 3e édit., 1907.

Renaut (J.-L.). — Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau. Thèse Paris, 1874, n° 154.

Reclus. — Traité de pathologie externe, 2e édition, 1888, Paris.

Routier (Dr A.). — Sur une observation d'anévrisme cirsoïde de la main (Phlegmon de la main). Bul. Soc. de Chirurgie de Paris, 1889, p. 779.

Routier. — Du Panaris sous-unguéal chez les enfants tuberculeux. France Médicale, 1880.

Rapatel (M.). — Kyste granuleux occupant la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras et la paume de la main ; double incision ; violente inflammation ; application permanente de glace, puis irrigation continue : guérison. Journal des Connaissances médicales pratiques, T. V. Analyse *In* Thèse de Michon.

Rottot (J.-P.). — De l'inflammation et de son traitement. Union Médicale du Canada. Montréal, 1900, n. s. v., 5-28.

Rognetta (Dr). — Kyste synovial volumineux à la face palmaire du poignet, ponction sous-cutanée. Annales de Thérapeutique médicale, chirurgicale et de toxicologie, p. 190-227.

Roux (M.-J.). — Lymphatique ; Angioleucite. Gazette Médicale de Paris, 1842, p. 56.

Richet. — Anatomie topographique. Paris, 1877.

Rainville. — Traitement du phlegmon, diffus gangréneux. Progrès Médical, Paris, 1908, 3e sér., XXIV, p. 90.

Robert (M.). — Tumeur à la paume de la main droite, *in* Thèse de Michon.

Robert. — Du panaris de la phalangette, 1859. Moniteur des Hôpitaux de Paris, 1859.

Renou. — Du panaris sous-unguéal et péri-unguéal, et de son traitement. Thèse de Paris, 1903.

Rathouis (C-P.). — Des abcès de la paume de la main. Thèse de Paris, 1859.

Rudinger (Nicolaus). — Précis d'anatomie topographique. Edition française avec notes et additions par P. Delbet. Préface par A. Le Dentu, 254 pp. in-8, Paris, J-B. Baillière, 1894.

Sainte-Marie (De). — Etudes anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les muscles de la main. Ann. Clin. de Montpellier, 1853-4. p. 367, 1854-5, 24-45.

Serey. — Du panaris. Thèse de Paris, 1873.

Sourdin (Albert). — Accidents causés au niveau du membre supérieur par des piqûres d'arêtes de poissons. Thèse de Paris, 1903-1904, N° 250.

Sappey (Ph.-C.). — Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1867, 2e édition.

Scott (N-S.). — The location by triangulation of foreign bodies in the hand. Ann. X Ray. J. St-Louis, 1897, p. 41.

— Foreign bodies in the hand. Cleveland. J. M. 1898, t. III, p. 533-537.

Schwartz (C.-E.). — Recherches anatomiques et cliniques sur les gaînes synoviales de la face palmaire de la main. Thèse de Paris, 1878.

Seigle (J.-F.). — Du phlegmon diffus de la main, ses causes ; exposé critique des divers modes de traitements, et du choix de la meilleure méthode. Thèse de Paris, 1851.

Schrutz. — Note sur les relations des vaisseaux dans les interstices et dans les bourses séreuses de la main. Congrès international de médecine, 1897.

Seitz (J.). — Bacille diphtérique dans un panaris. Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, 1899, N° 21.

Scrive. — Note sur la fréquence des affections phlegmoneuses des mains chez les soldats de l'armée de l'Algérie. Recueil des mémoires de méd. et chir. militaires. Paris, 1853, 2e série, XII, 235-240.

Serre (d'Uzès). — Nouveau traitement spécial et abortif de l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire, etc. Montpellier, 1834.

Singer (M.). — On the value of early incisions in inflammatory swellings of the hand. Texas, Cour-Rec. Med. Fort Worth, 1885-6, p. 300-306.

Turrel (Jacques-Laurent). — Sur l'angioleucite. Thèse de Paris, 1844. N° 71.

Thomas (G.-M.-A.). — De l'inflammation des parties molles de la paume de la main. Thèse de Paris, 1855.

Trischitta. — Le iniezioni di acido fenico nella cura dei flemmoni. Riforma med. Palermo, 1900, p, 775.

Théveny (Constant). — De l'inflammation des gaînes des fléchisseurs des doigts. Thèse de Paris, 1868, N° 140.

Therrè (Antoine). — Des affections articulaires du genou consécutives aux lymphangites du membre inférieur. Thèse 1879. Paris, N° 60.

Testut (L.). — Traité d'anatomie descriptive. Paris 1896, 3e édition.

Testut (L.). — Précis d'anatomie topographique avec application médico-chirurgicale. Paris 1907.

— Tumeurs chroniques des gaînes synoviales. Dublin Medical Press. Analyse Gazette des Hôpitaux, 1841.

Tillaux. — Traité d'Anatomie topographique avec applications à la chirurgie. Paris 1897, 9e édition.

Trier (H.) — Zur mechanischen Behandlung der subcutanen Phlegmonen. Thérap. Monats. Berb. 1894, VIII, 155.

Tantiloff (K.). — Injection et antistreptococcic serum in a case of phlegmon. Méd. sbor., Sofiya 1898, VI, 405-409.

Thomas. — De l'ouverture des abcès phlegmoneux (Extr. du fran. Traité des opérations d'urgence, 2e Edit. in press). Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, Paris 1880, XVII, 207-209.

Ustariz (J.). — Flemon diffuso de la mano y antebrazo izquierdos ; septicemia curacion. Revista de medicina y cirurgia practicas. Madrid, 1879. IV, 537-544.

Vacqueret (A.). — Pyohémie à marche excessivement longue à la suite d'un panaris. Thèse de Paris, 1874, N° 151.

Vergos (Paul). — Des inflammations et spécialement des phlegmons du membre thoracique, consécutifs aux lésions de ce membre dans les arsenaux de la marine. Thèse de Paris, 1885. N° 277.

Volxem (Van). — Ecrasement de la main : phlegmon consécutif ; érysipèle gangreneux du bras. Guérison. Journal de méd. et chir. et pharmacol. Bruxelles, 1871, III 19-21.

Velpeau (A). — Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité. Paris, J. Baillière, 1841.

— Dictionnaire de médecine. 2e édition. Tome XXV. (Article Poignet).

Verdelet. — Corps étrangers de la main. Journal de Médecine de Bordeaux, 1900.

Vennin. — Phlegmon à allure grave. Société de chirurgie de Lyon. 25 novembre 1909. Lyon chirur., Janv. 1900, p. 113.

Velpeau (A). — Mémoires sur les maladies du système lymphatique. Archives générales de médecine. Paris, juin 1835, p. 129-147, 308-321.

Wolffenstein. — Traitement des phlemons, des gaînes tendineuses. Société Hufeland. 12 novembre 1908.

Winters (C.-S). — Phlegmon of the finger and hand. Am. J. Homœop. N. Y. 1892, 3. ser. VII. 547-553.

Weiss (V.). — Foreign body in right hand ; suppuration of soft parts ; necrosis of principal bone ; amputation ; recovery. Casop lek. eesk v. Praze, 1868, 32-43.

Weiss (L.). — On the abortive treatment of phlegmon especially of the fingers, by resorcin inoculation. Medical Record, New-York, 1886, XXX, 597-599.

Weiss (G.-Th.). — De la tolérance des tissus pour les corps étrangers. Thèse de Paris, 1880, 214, p. (Concours, Section de Chirurg. et d'Accouch.).

Yvon (G.). — Un cas de corps étrangers de la main. Bull. Soc. Méd. du Bureau de Bienfaisance de Paris, 1900, n. s. n° 8. 110-111.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur Délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE